K32927

Thompson, Sir H

22500298898

Med
K32927

Професору
сру Генри Толсону
од Д-ра Д. Шуйкова
и Бра Вороница.

БОЛѢЗНИ
МОЧЕВЫХЪ ОРГАНОВЪ.

КЛИНИЧЕСКІЯ ЛЕКЦІИ

ПРОФЕССОРА **ГЕНРИ ТОМСОНА.**

ПЕРЕВОДЪ СЪ ПОСЛѢДНЯГО АНГЛІЙСКАГО ИЗДАНІЯ

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

ПРОФЕССОРА **П. П. ЗАБЛОЦКАГО**

СЪ ДОПОЛНЕНІЯМИ И РИСУНКАМИ ВЪ ТЕКСТѢ.

САНКТПЕТЕРБУРГЪ.

Хромолитографія и Типографія В. Граціанскаго, Невск. пр., ряд. съ Пассаж., д. № 46.

1875.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WelMOmec

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Профессоръ Генри Томсонъ стоитъ въ настоящее время во главѣ хирурговъ, пользующихся лучшею репутаціею по отдѣлу болѣзней мочевыхъ и половыхъ органовъ. Томсонъ въ теченіи своей двадцатипятилѣтней практической дѣятельности въ Англіи издалъ нѣсколько сочиненій объ этихъ болѣзняхъ; главнѣйшія изъ нихъ: *О сужденіяхъ мочеваго канала и о мочевыхъ свищахъ; о болѣзняхъ предстательной желѣзы; о литотоміи и литотритіи.* Все вышедшее изъ подъ пера этого ученаго проникнуто глубокимъ изученіемъ предмета и точностію его изложенія. По обязанности профессора Томсонъ читаетъ лекціи въ University College Hospital въ Лондонѣ. Эти лекціи, записанныя стенографомъ и просмотрѣнныя Томсономъ, имѣли нѣсколько изданій. Въ этихъ лекціяхъ профессоръ изложилъ слушателямъ плоды своихъ долголѣтнихъ ученыхъ изысканій и результатъ наблюденій своей продолжительной практики относительно распознаванія и леченія болѣзней мочевыхъ органовъ.

Настоящая книга есть переводъ лекцій Томсона съ послѣдняго Лондонскаго изданія: Clinical Lectures of Diseases of The Urinary Organs, delivred in University College Hospital, by sir Henry Tompson, etc Third edition, London 1873. Въ англійскомъ подлинникѣ напечатано только четырнадцать лекцій Томсона. Но послѣ того

въ англійскихъ медицинскихъ газетахъ было помѣщены еще четыре его лекціи по тому же предмету. Эти четыре лекціи мы также помѣстили въ наше изданіе *). Кромѣ того въ концѣ книги мы помѣстили статью Томсона: *Изслѣдованіе мочи для клиническихъ цѣлей*, заимствованную нами изъ сочиненія автора: *о сужденіяхъ мочеваго канала*. Для полноты предмета мы сочли не лишнимъ прибавить къ настоящему изданію нѣсколько собственныхъ дополненій.

Сочиненіе Томсона пояснено нѣсколькими рисунками, которые заимствованы нами частію изъ англійскаго подлинника, частію изъ французскаго перевода сочиненія Томсона, смотря по точности рисунковъ. Нѣсколько подстрочныхъ примѣчаній взято нами также изъ французскаго перевода.

Полагаемъ, что при полномъ почти недостаткѣ у насъ литературы о болѣзняхъ мочевыхъ органовъ настоящій переводъ принесетъ пользу не только нашимъ врачамъ, но и многимъ страждущимъ.

П. Заблоцкій.

25 Марта 1875 года.
С.Петербургъ.

---

*) Послѣдняя изъ этихъ лекцій (XVIII): о *хирургическихъ средствахъ для облегченія больныхъ, одержимыхъ значительными пораженіями предстательной желѣзы*, напечатана въ русскомъ переводѣ въ «Медицинскомъ Вѣстникѣ» 1875 г. №№ 6 и 7, откуда мы перепечатали ее съ согласія редакціи «Вѣстника».

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Стр.

Предисловіе III

ЛЕКЦІЯ I.

Введеніе. Распознаваніе 1

Классификація и опредѣленіе болѣзней мочевыхъ органовъ . 2

Методъ распознаванія (діагностика) болѣзней мочевыхъ органовъ 3

Вопросы предлагаемые больнымъ: 1) часто ли больной мочится; 2) есть ли боль при мочеиспусканіи; 3) характеръ мочи и 4) примѣшивается ли кровь къ мочѣ 5

Изслѣдованіе больной области глазомъ, ощупываніемъ и постукиваніемъ 13

Инструменты какъ пособіе при распознаваніи . . . . . ib

Значеніе эндоскопа при распознаваніи болѣзней мочевыхъ органовъ. 14

ЛЕКЦІЯ II.

Съуженія мочеваго канала 16

Частота болѣзни; опредѣленіе и раздѣленіе съуженій . . . ib

Припадки съуженій 19

Изслѣдованіе инструментами и причины ошибокъ. 20

Мѣсто съуженій, ихъ калиберъ и число съуженій 21

Леченіе; медотъ расширенія 25

Выборъ инструментовъ; твердые и гибкіе инструменты . . . 27

Французская и англійская скалы 30

Простое и постоянное расширеніе 32

ЛЕКЦІЯ III.

Съуженія мочеваго канала 34
Леченіе съуженій труднопроходимыхъ . . . . . ib
При леченіи съуженій никогда не должно употреблять силы во время проведенія инструмента. 38
Металлическіе инструменты . . . . . ib
Способъ проведенія инструмента при очень сильномъ съуженіи 39
Употребленіе инструмента когда существуетъ ложный путь. . ib
Упорная сократительная стриктура 43
Леченіе съуженій ѣдкими средствами 44
Внутренняя уретротомія . . . . . : ib
Уретротомія наружняя. 47
Способъ разрыва (divulsio) . . . . . ib
Способы насильственнаго расширенія 49
Общее леченіе 51

ЛЕКЦІЯ IV.

Общіе выводы о леченіи съуженій. Внутренняя уретротомія. 52
Леченіе твердыми или металлическими бужами (дилятаторы металлическіе) 53
Бужи съ мандренами 55
Способъ Корради 57
Внутренняя уретротомія . . . . . ib
Способъ Сивіаля 58
Дополненіе Профессора Заблоцкаго.
Уретротомія по способу профессора Киттера 60
Припадки развивающіеся послѣ операціи уретротоміи . . 63
Послѣдовательное леченіе. 64

ЛЕКЦІЯ V.

Гипертрофія предстательной желѣзы съ ея послѣдствіями. 65
Опредѣленіе, частота, и паталогическія измѣненія въ болѣзни, возрастъ больныхъ . . . . . ib
Припадки: частота мочеиспусканія, невольное мочеиспусканіе, качества мочи, струя мочи, задержаніе мочи 68
Изслѣдованіе черезъ прямую кишку 75
Леченіе терапевтическое . . . . . ib
Катетеры англійскіе, французскіе и sonde coudée; общее леченіе: предупрежденіе мѣстныхъ приливовъ, правильность кишечныхъ отправленій 80

Гипертрофія съ задержаніемъ мочи, правила для выпущенія мочи, sonde à demeure 81
Частота катетеризма, хроническое воспаленіе мочеваго пузыря, слѣдствія катетеризма, не полное испражненіе пузыря . . 83

ЛЕКЦІЯ VI.

Задержаніе мочи 86
Виды задержанія мочи 87
Задержаніе мочи вслѣдствіе воспалительной опухоли предстательной желѣзы, причины, мѣсто, припадки, леченіе. . . ib
Задержаніе мочи вслѣдствіе органической стриктуры, припадки, изслѣдованіе канала, леченіе 90
Наружняя уретротомія; прохожденіе пузыря черезъ прямую кишку и сверху лонныхъ дугъ, аппаратъ Дьелафуа 92

ЛЕКЦІЯ VII.

Изліяніе мочи и мочевыя фистулы 99
Разрывъ мочеваго канала, ходъ изліянія, припадки первичные и послѣдовательные. 99
Леченіе: разрѣзы, послѣдовательныя явленія 101
Мочевыя фистулы, ихъ способъ образованія, виды 102
Леченіе фистулъ 103
Мнѣніе о вставленіи катетера на продолжительное время; мнѣніе объ этомъ предметѣ Вельпо 105
Леченіе фистулъ соединенныхъ съ потерею вещества . . . 106
Фистулы открывающіяся въ прямую кишку; положеніе больнаго во время испущенія мочи; аутоплатика и гальванокаустика. 108

ЛЕКЦІЯ VIII.

Камни въ мочевомъ пузырѣ 111
Причины: возрастъ, общественныя условія, и пр. . . . . ib
Химическій составъ камней 112
Мѣсто зарожденія камней мочекислыхъ (уратовъ), фосфорнокислыхъ и щавелевокислыхъ 113
Припадки обнаруживающіеся у человѣка при камнѣ въ пузырѣ. Частота испусканія мочи и боль подъ конецъ мочеиспусканія, свойство мочи, примѣсь крови къ мочѣ и пр.. . 115
Испытательный катетеризмъ; испытательный зондъ съ малой кривизной Томсона 116
Размѣры камня и его свойства; количество камней 118

Леченіе: параллель между литотоміею и литотритіею . , . 120
Обстоятельства вліяющія на операцію: возрастъ больнаго, натура камня, размѣры камня, состояніе органовъ 121
Съуженіе мочеваго канала, гипертрофія предстательной желѣзы, атонія и раздражительность мочеваго канала . . . 122

ЛЕКЦІЯ IX.

Литотритія 126
Приготовленіе мочеваго канала . . , ... ib
Исторія литотритіи; Сивіаль 127
Кривые инструменты; измѣненія въ нихъ Фергюссона и Томсона. 139
Производство операціи; источники раненія во время операціи. 130
Безполезность вприскиваній въ пузырь предъ операціей и послѣ операціи . . . . . ib
Литотриторъ окончатый à mors fenetrés и литотриторъ съ плоскими захватами à mors plats 132
Введеніе литотритора. 133
Дробленіе камня 134
Маневръ для захватыванія камня 135
Уходъ за больнымъ послѣ операціи 137
Въ какомъ положеніи долженъ больной послѣ операціи мочиться. 138
Способъ для удаленія послѣднихъ осколковъ камня. . . . 139
Аппаратъ Кловера. 140
Остановка осколка въ мочевомъ каналѣ 141
Объ употребленіи хлороформа . . . . . ib
Осложненія послѣ литотритіи: лихорадка, кровотеченіе, задержаніе мочи, воспоеленіе пузыря и яичка, истощеніе . . . 142

ЛЕКЦІЯ X.

Литотомія . . . . . , . . . 144
Исторія операціи. Цельсъ, apparatus minor, apparatus major, apparatus altus, lithotomia lateralis, братъ Жакъ . ib
Чезельденъ, Морандъ, изобрѣтеніе горжерета. 148
Дюпюитренъ и двухсторонняя литотомія, Сивіаль, Нелятонъ, cystotomia prerectatis 150
Боковая литотомія lithotomia lateralis, взглядъ на анатомію области, моменты операціи 150
Введеніе катетера проводника и укрѣпленіе его, повязка больнаго во время операціи 152
Разрѣзъ, введеніе щипцовъ, извлеченіе камня, послѣдовательное леченіе 153

Срединая операція lithotomia mediana и medio—bilateralis. 155
Параллель различныхъ способовъ операціи 156

ЛЕКЦІЯ XI.

Объ осложненіяхъ со стороны почекъ при камнѣ пузыря, и основанныхъ на нихъ оперативныхъ показаніяхъ 158
Исторія одного больнаго; автотія, болѣзнь Брайта, nephritis calculosa; сахарное истощеніе, расширеніе мочеточниковъ и почечныхъ лаханокъ; атрофія почечной ткани; pyélitis. . 159
Трудность діагностики, изслѣдованіе мочи и изслѣдованіе почечной области 167
Предсказаніе и оперативныя показанія. 171

ЛЕКЦІЯ XII.

Будущность оперативной хирургіи въ леченіи камней пузыря. 177
Медицина не только должна лечить болѣзнь, но въ особенности ея предотвращать . . . . . ib
Литотомія едва-ли можетъ быть болѣе совершенною; она есть операція опасная. 179
При назначеніи литотоміи необходимъ извѣстный возрастъ . 181
Предсказаніе при литотоміи, смотря по объему камня . . . 183
Необходимость узнать камень въ началѣ его развитія. . . . 185
Камнесѣченіе должно быть со временемъ окончательно выброшеннымъ при леченіи всѣхъ малыхъ и средней величины камней. 186
При самыхъ малыхъ камняхъ для діагностики необходимо употребленіе зонда 188
Первоначальные признаки образованія камня 190
Всякій, занимающійся леченіемъ болѣзней мочевыхъ органовъ, долженъ быть очень знакомъ съ катетеризмомъ 193
Заключеніе объ литотоміи и литотритіи 195

ЛЕКЦІЯ XIII.

Начальный періодъ заболѣванія каменною болѣзнію и предупредительное леченіе 196
Начало всякаго камня бываетъ мѣстное, или конституціональное. 197
Камни мочекислые, наслѣдственность . . . . . ib
Первоначальные признаки каменной болѣзни; мочевые осадки, продолжительность и постоянство ихъ 198
Въ эпоху болѣе отдаленную болѣзни, появленіе въ мочѣ песку и мелкихъ камней; отношеніе болѣзни къ подагрѣ . . 201

Предохранительное леченіе, (профилактика) . . . . . ib
Употребленіе щелочей: вода Виши, углекислая сода, мочегонныя. 201
Вліяніе печени на образованіе камней 203
Минеральныя воды: соленыя, содержащія сѣрнокислый натръ и и сѣрнокислую магнезію 206
Вода пульна, фридрихсгальская, маріенбадская, карлсбадская и франценсбадская. 207
Воды щелочныя: Виши и Вальсъ 209
Способъ назначенія минеральныхъ водъ 210
Соль карлсбадская и Глауберова 212
Діета больныхъ: спиртныя вещества, сахарныя и жирныя. . 213
Растительная діета и моціонъ 214
Заключеніе объ леченіи 215

ЛЕКЦІЯ XIV.

Леченіе камней мочеваго пузыря растворяющими средствами. Исторія и практика 216
Необходимость изученія растворяющихъ средствъ. . . . . ib
Исторія вопроса: въ древнія времена, въ эпоху арабской медицины;—Боергавъ, Базиліусъ, Кроліусъ, Риверусъ, Мисъ-Стефенсъ и ея средство, купленное англійскимъ Парламентомъ. 217
Во Франціи: Дарсе, Дезо, Моранъ, Фуркруа, Вокелень, Пети. 219
Современное состояніе вопроса: средства эмпирическія и средства научныя. 220
Въ чемъ заключается леченіе растворяющими средствами; натура и свойство камней 224
Сомнѣніе въ полномъ излеченіи отъ камня растворяющими средствами 226
Горасъ Вальполь и больные Миссъ-Стефенсъ 228
Окончательное заключеніе о растворяющихъ средствахъ. . . 230
Впрыскиванія въ пузырь и электричество 231

ЛЕКЦІЯ XV.

Воспаленіе мочеваго пузыря и предстательной железы . . 234
Частота воспаленія мочеваго пузыря, и причины болѣзни . . ib
Острое воспаленіе; его двѣ формы 235
Леченіе остраго воспаленія мочеваго пузыря 236
Хроническое воспаленіе мочеваго пузыря простое и катарральное. 236
Леченіе хроническаго воспаленія мочеваго пузыря: испразнительный катетеризмъ, впрыскиванія; средства мягчительныя, декокты и бальзамическія средства 238

Щелочи и кислоты 245
Острое и хроническое воспаленіе предстательной желѣзы . . 248
Дополненіе о воспаленіяхъ предстательной желѣзы 250
Причины остраго воспаленія, паталогическія измѣненія, припадки. 251
Леченіе общее и мѣстное 256
Хроническое воспаленіе предстательной желѣзы, причины, припадки 259
Леченіе хроническаго воспаленія предстательной желѣзы . . 263
Дополненіе Профессора Заблоцкаго: объ нарывахъ предстательной желѣзы 267

ЛЕКЦІЯ XVI.

Болѣзни мочеваго пузыря.—Параличь.—Атонія.—Недержаніе мочи у юношей.—Опухоли 269
Параличь, атонія; леченіе: опоражниваніе пузыря, электричество и пр. 270
Невольное изверженіе мочи у дѣтей 273
Леченіе этого состоянія: беллядона, стрихнинъ, селитрокислое серебро. 274
Опухоли мочеваго пузыря и предстательной желѣзы 275
Признаки и распознаваніе опухолей въ пузырѣ . . . . : . 276
Пособіе микроскопа для изслѣдованія опухолей 279
Леченіе опухолей мочеваго пузыря 280
Дополненіе Профессора Заблоцкаго:
a) Спазмъ мочеваго пузыря 282
b) Болѣзненная чувствительность или раздражительность мочечеваго пузыря 287
c) Камни предстательной желѣзы 301
d) Туберкулы предстательной желѣзы 307

ЛЕКЦІЯ XVII.

Гематурія и почечные камни 309
Опредѣленіе . . . . . ib
Кровотеченіе изъ почекъ, его причины и характеръ. . . . 310
Кровотеченіе изъ пузыря, причины и характеръ 311
Кровотеченіе изъ предстательной желѣзы и мочеваго канала. 312
Леченіе: покой, вяжущія, опій, охлаждающія, катетеризмъ . . 313
Почечные камни, наблюденія, припадки 314
Леченіе: мочегонныя, отвлекающія, діета, минеральныя воды . 317
Пособіе при выходѣ камня изъ почекъ . . . . . ib

Опредѣленіе свойствъ мочи 318
Заключеніе 319

ЛЕКЦІЯ XVIII.

О хирургическихъ средствахъ для облегченія больныхъ, одержимыхъ значительнымъ пораженіемъ предстательной железы 320
Препятствія для выхода мочи зависящія отъ гипертрофіи предстательной желѣзы; явленія при этомъ замѣчаемыя . . . ib
Пособія въ такихъ трудныхъ случаяхъ и операція предлагаемая Томсономъ. 322
Описаніе операціи 323
Три наблюденія надъ оперированными 325
Заключеніе 327
Изслѣдованіе мочи для клиническихъ цѣлей, и въ особенности по отношенію къ затруднительному мочеиспусканію . . . 328
Нормальная моча, и правила для изслѣдованія мочи съ хирургическою цѣлію . . . . . ib
Изслѣдованіе мочи простымъ глазомъ 332
Изслѣдованіе мочевыхъ осадковъ подъ микроскопомъ. . . . 333

ЛЕКЦІЯ I.

Введеніе. Распознованіе.

Мм. Гг.

Я предполагаю прочесть вамъ рядъ лекцій о хирургическихъ болѣзняхъ мочевыхъ органовъ, и моею цѣлью будетъ— дать вамъ тѣ свѣдѣнія, которыя наиболѣе необходимы у постели больнаго. Я не остановлюсь на анатоміи и физіологіи этихъ органовъ, такъ какъ это сдѣлало бы курсъ слишкомъ длиннымъ. Въ систематическихъ лекціяхъ невозможно передать всѣ тѣ практическіе пріемы, всѣ тѣ мелочи, которыя даются только опытомъ, какъ относительно распознаванія, такъ и относительно леченія, и которыя потомъ такъ важны въ практикѣ; точно также невозможно, чтобы вы усвоили себѣ все это у постели больнаго, такъ какъ ни одинъ госпиталь не можетъ доставить столько больныхъ для этой цѣли; но вы многое можете узнать изъ изустныхъ сообщеній, изъ разговоровъ, которыми мы обмѣниваемся здѣсь. Я постараюсь посвятить васъ въ результатъ моего опыта, стоившаго мнѣ многихъ лѣтъ, и буду стремиться передать вамъ изъ него все то, что можетъ быть передано въ теченіи немногихъ часовъ.

Я избралъ этотъ курсъ клиническихъ лекцій по двумъ причинамъ. Во первыхъ потому, что въ моихъ палатахъ всегда находятся группы относящихся сюда случаевъ; они даютъ обильный матеріалъ для еженедѣльнаго клиническаго чтенія. Во вторыхъ потому, что я не знаю другаго рода болѣзней, леченіе которыхъ было бы такъ успѣшно, если вы знакомы съ ними, и ошибки такъ опасны, если нѣтъ надлежащаго знанія дѣла.—Я не знаю болѣзней, при которыхъ вы могли бы столько облегчить страданія, сдѣлать такъ много для

больнаго искусною рукой и пріобрѣсти такое довѣріе къ себѣ.— Очевидно какъ важно для васъ основательное знаніе этихъ болѣзней.—Мы раздѣлимъ ихъ на два главные отдѣла.

I Отдѣлъ. **Болѣзни мочевыхъ путей.**

а) *Воспалительныя болѣзни.*

Urethritis.
Prostatitis. } острыя и хроническія.
Cystitis.

б) *Болѣзни съуживающія мочевые пути.*

Стриктура мочеваго канала.

Гипертрофія предстательной желѣзы.

в) *Камни*:

» мочеваго канала.

» предстательной желѣзы.

» мочеваго пузыря.

» почечнаго таза.

г) *Опухоли злокачественныя и не злокачественныя*:

Предстательной желѣзы.

Мочеваго пузыря.

II Отдѣлъ. **Болѣзни отдѣлительныхъ органовъ.**

Всѣ органическія измѣненія почекъ, также тѣ измѣненія мочи, которыя зависятъ отъ общихъ страданій, каковы: Брайтова болѣзнь и diabetes mellitus.

Но прежде чѣмъ идти дальше, я попрошу васъ на минуту остановиться на заглавіи, которое я далъ моему курсу, т. е. «хирургическія болѣзни мочевыхъ органовъ». Вы спросите, какія страданія мочевыхъ органовъ хирургическія и какія нѣтъ? Мнѣ кажется, очень легко сказать вамъ, какія страданія этихъ органовъ хирургическія, но далеко не такъ легко сказать, какія—нѣтъ. Взгляните на только что приведенный списокъ и судите о томъ, гдѣ должна быть проведена пограничная черта. — Конечно первый отдѣлъ принадлежитъ всецѣло къ хирургическому классу—всѣ страданія мочевыхъ *путей*, исключая страданій почекъ, которыя мы относимъ къ отдѣлительнымъ органамъ. Безъ сомнѣнія, весь этотъ отдѣлъ принадлежитъ хирургамъ. Терапевтъ, условно, удерживаетъ за собою второй изъ нашихъ отдѣловъ; но, такъ какъ невозможно сдѣлать діагнозъ какого бы то ни было изъ страданій этого отдѣла, не обладая полнымъ пониманіемъ всего цѣлаго, и такъ

какъ терапевты не дѣлаютъ инструментальныхъ изслѣдованій, то остается признать всѣ пораженія мочевыхъ органовъ принадлежащими къ области хирургіи. Это положеніе не всѣми признано, но если мы вникнемъ въ дѣло, то увидимъ, что для распознаванія мочевыхъ страданій безусловно необходимо умѣть ввести зондъ или катетеръ.—Я не говорю, что терапевтъ не въ состояніи этого сдѣлать; но обыкновенно это не дѣлается имъ. — Вы также мало могли бы лечить страданія мочевыхъ органовъ безъ умѣнья употреблять только что названные инструменты, какъ не могли бы и лечить страданій груди, не зная употребленія стетоскопа.

Первый шагъ, который мы сдѣлаемъ въ нашемъ курсѣ, долженъ конечно относиться къ *распознаванію* (Діагностика).— Сегодня я почти не буду останавливаться на патологіи и терапіи ни одного изъ страданій мочевыхъ органовъ. Вопросъ, стоящій теперь передъ нами—распознаваніе этихъ страданій, и вы согласитесь, что это въ высшей степени важная вещь, при всѣхъ болѣзняхъ, знать точно, что вы лечите.—Эта сторона дѣла и есть самая трудная.—Вы можете ознакомиться изъ книгъ съ леченіемъ тѣхъ или другихъ страданій, но ни одна книга не дастъ вамъ діагностики. Эта послѣдняя достигается только примѣненіемъ извѣстныхъ правилъ, которыя даетъ опытъ.—Діагностику прежде всего надо изучать и практиковаться въ ней, и тогда только она пріобрѣтается вполнѣ. Дѣйствительно ни одинъ человѣкъ, какъ бы долго онъ не жилъ, не можетъ стать вполнѣ совершеннымъ въ діагностикѣ; онъ будетъ приближаться къ совершенству, и отдаваясь все глубже дѣлу, будетъ въ состояніи увеличивать свои діагностическія познанія въ теченіе всей жизни. Вотъ почему возрастъ и опытность даютъ цѣну мнѣнію. Продолжительное наблюденіе и обширный опытъ даютъ лицу, имѣющему ихъ, возможность большей точности въ распознаваніи, чѣмъ это доступно для молодаго практика.

И притомъ намъ нужна не только діагностика, но и *умѣнье быстро дѣлать ее.* Позванные къ постели больнаго, мы часто должны дѣйствовать уже на основаніи того, къ чему привели насъ первыя три или четыре минуты свиданія съ больнымъ. Конечно, хорошо было бы вернуться домой, обдумать случай, справиться съ авторитетами и затѣмъ рѣшить: «я на-

хожу, что больной страдаетъ тѣмъ то и тѣмъ го». Но такъ не всегда можно поступать; въ нѣкоторыхъ случаяхъ это возможно, и сдѣлать такъ будетъ лучше, чѣмъ рѣшиться лечить случай, не установивъ своего взгляда на его діагностику. Но что дастъ вамъ успѣхъ, что отличаетъ интеллигентнаго практика отъ посредственнаго—это способность дѣлать столько же быстрый, сколько и точный діагнозъ даннаго случая. Остановивъ ваше вниманіе на этомъ, я не буду увѣрять васъ, что пробывъ часъ въ этой аудиторіи, вы выйдете изъ нея совершенными въ діагностикѣ болѣзней мочевыхъ органовъ; однакожъ я могу передать вамъ методъ ея, который, послѣ продолжительнаго размышленія и опыта, кажется мнѣ наилучшимъ для достиженія моей цѣли; этотъ-то методъ вы можете приложить впослѣдствіи, въ вашей собственной дѣятельности.

Прежде всего вы должны держаться въ діагностикѣ однаго извѣстнаго плана—принять однообразный способъ изслѣдованія каждаго случая мочеваго страданія. Что говорится здѣсь объ этихъ страданіяхъ, приложимо и къ большинству другихъ. Ваша задача состоитъ въ собираніи *фактовъ*, а діагностика есть *заключеніе*, которое вы выводите изъ этихъ фактовъ. Вы должны стремиться получить факты наивозможно краткимъ путемъ и наиболѣе точнымъ методомъ. Вы будете дѣлать вопросы, будете наблюдать глазомъ, рукою, инструментами и затѣмъ изслѣдуете отдѣленія. Придерживайтесь такого порядка: сначала—разспросите больнаго, потомъ все возможное изслѣдуйте глазомъ, рукою и инструментами, которые, въ сущности, тѣ же пальцы, только бо̀льшей длины. Палецъ не имѣетъ достаточной длины, чтобы проникнуть чрезъ эти узкіе пути, и вы удлиняете его, помощью вашего инструмента. Тоже самое и по отношенію къ глазу: эндоскопъ, каково бы ни было его значеніе (о чемъ я буду говорить дальше), служитъ только для усиленія зрительной способности.

И такъ обратимся сначала къ вопросамъ. Вы можете уяснить себѣ большинство случаевъ мочевыхъ страданій,—пять изъ шести,—четырьмя простыми вопросами, вмѣстѣ съ тѣми частными вопросами, которые вытекаютъ изъ этихъ главныхъ. Я всегда задаю больному эти четыре вопроса въ слѣдующемъ порядкѣ:—первый вопросъ:

«*Часто-ли и какъ именно часто вы мочитесь?*» Затѣмъ,

какъ вѣтви этого вопроса, связанныя съ нимъ, слѣдуютъ вопросы, чаще ли мочеиспусканіе днемъ или ночью, вліяетъ ли на него движеніе или другія особенныя обстоятельства. Каково примѣненіе этого вопроса, я скажу вамъ дальше.

Затѣмъ, во вторыхъ, я спрашиваю, «*есть-ли боль при мочеиспусканіи, и именно, чувствуется-ли она предъ* мочеиспусканіемъ, или *послѣ*, или *во время* его?» чувствуется-ли она также и внѣ мочеиспусканія; вызывается-ли или усиливается она рѣзкими движеніями тѣла? Слѣдуетъ также ознакомиться съ мѣстомъ боли.

Затѣмъ я дѣлаю третій вопросъ: «*замѣчены-ли какія либо измѣненія въ мочѣ*, нѣтъ ли чего особеннаго въ самой струѣ ея? Свѣтла моча или мутна? Можетъ быть больной скажетъ вамъ, что она мутна; но спрашивая дальше вы узнаете, что она выпускается совсѣмъ свѣтлая, и мутится только остывши, простоявъ нѣкоторое время. Также вы часто должны будете спросить: «не измѣнено-ли количество мочи?», конечно обращая при этомъ вниманіе на удѣльный вѣсъ ея. Хотя для физіологическаго состоянія должны быть допущены очень широкіе предѣлы, тѣмъ не менѣе количество мочи, какъ вы знаете, имѣетъ важное значеніе при опредѣленіи почечныхъ страданій. Струя мочи можетъ быть узкая, раздвоенная, извитая, можетъ также внезапно остановиться во время своего теченія.

Четвертый и послѣдній вопросъ—«*примѣшивается-ли кровь къ мочѣ*», свѣтла она или темна? присоединяется-ли кровь въ концѣ или въ началѣ мочеиспусканія, или же повляется независимо отъ него? и т. п. дополнительныя свѣдѣнія.

Таковы мои четыре вопроса; и замѣтьте, что отвѣты, которые вы получите, будутъ много зависѣть отъ способа, какъ вы поставили вопросы. Больной не всегда ясно понимаетъ сущность вашего вопроса. Поэтому необходимо быть крайне точнымъ и яснымъ въ вопросахъ, на которые желательно получать вѣрные отвѣты. Въ самомъ дѣлѣ, во всякой практической дѣятельности, врачебной или какой либо другой, нѣтъ ничего труднѣе, какъ добраться до вѣрныхъ фактовъ, и я вновь позволю себѣ напомнить вамъ, что распознаваніе состоитъ въ добытіи *фактовъ* и немыслимо безъ нихъ. Вы спросите, каково же примѣненіе всего, только что сказаннаго, къ заболѣваніямъ мочевыхъ органовъ?

Во первыхъ, что касается *частоты мочеиспусканія*, то нѣтъ ни одного серьезнаго пораженія мочевыхъ органовъ (за однимъ или двумя исключеніями, съ которыми я познакомлю васъ), при которомъ бы она не встрѣчалась въ бо̀льшей или мѐньшей степени. — Исключеніе можетъ состоять, напримѣръ, въ слѣдующемъ: больной можетъ имѣть ясно выраженное съуженіе; струя его мочи можетъ быть очень тонка, и больной, въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, не страдаетъ учащеннымъ мочеиспусканіемъ, хотя этотъ припадокъ явится рано или поздно. Обращаясь къ установленному выше ряду страданій мочевыхъ органовъ, мы находимъ во первыхъ воспалительныя болѣзни— воспаленіе мочеваго канала, предстательной желѣзы и пузыря.— При каждомъ изъ нихъ замѣчается учащенное мочеиспусканіе; впрочемъ оно не неизбѣжно при urethritis, пока послѣдняя не заняла глубокихъ частей канала вблизи пузыря. — Я не намѣренъ вдаваться здѣсь въ подробности о воспаленіи мочеваго канала; вы имѣете много случаевъ, для изученія его, въ амбулаторной клиникѣ; теперь я остановлюсь только на припадкѣ учащеннаго мочеиспусканія, которое замѣчается раньше или позже, въ большей или меньшей степени, при всѣхъ трехъ названныхъ болѣзняхъ. При гипертрофіи предстательной желѣзы вы также встрѣчаете этотъ припадокъ и замѣчательно, что онъ замѣчается здѣсь больше ночью, чѣмъ днемъ. Въ слабой степени онъ существуетъ конечно при хроническомъ воспаленіи предстательной желѣзы; при воспаленіи мочеваго пузыря припадокъ этотъ очень характеристиченъ. Онъ ясно выраженъ при камняхъ, и обыкновенно его сила пропорціональна суммѣ движенія, которое позволилъ себѣ больной въ данное время.—Опухоли зло—и незлокачественныя сопровождаются тѣмъ же припадкомъ.—При піелитѣ и почти при всѣхъ органическихъ измѣненіяхъ почекъ (Брайтова болѣзнь, diabetes) также замѣчается учащенное мочеиспусканіе.—Какъ только натуральныя свойства мочи измѣнены, прежде, чѣмъ она достигнетъ пузыря,—то она производитъ раздраженіе. На этомъ явленіи стоитъ остановиться.—На разведенную водянистую мочу часто смотрятъ, какъ на нераздражающую; напротивъ того, такая моча вообще дурно переносится пузыремъ.—Можно принять за правило, что пузырь никогда не бываетъ болѣе спокоенъ, какъ тогда, когда въ немъ содержится моча средняго или не-

много болѣе удѣльнаго вѣса. Нѣкоторыя нервныя лица, а въ особенности истерическія, выпускаютъ мочу совсѣмъ блѣдную, совсѣмъ какъ вода, и она всегда болѣе или менѣе раздражаетъ пузырь.—При diabetes не только измѣненъ характеръ мочи, но и количество ея увеличено; по этому учащенныя мочеиспусканія составляетъ необходимое послѣдствіе этихъ условій.—Я замѣчу еще, что увеличеніе количества мочи происходитъ *преимущественно* отъ страданій почекъ; съ другой же стороны, уменьшеніе количества мочи служитъ *всегда* вѣрнымъ признакомъ болѣзни почекъ.

Слѣдующій нашъ вопросъ относится *къ боли;* когда вы получите отвѣтъ относительно характера и мѣста боли, то для васъ начнетъ уже выясняться путь къ распознаванію.—При *воспаленіи предстательной желѣзы*, боль обыкновенно является подъ конецъ мочеиспусканія, не такъ жестока, но сходна съ болями при камнѣ; она зависитъ отъ сокращенія опустѣвшаго пузыря надъ чувствительною предстательною желѣзою. При *воспаленіи пузыря*, боль является обыкновенно передъ мочеиспусканіемъ, такъ какъ воспаленная слизистая оболочка пузыря очень чувствительна въ растянутомъ состояніи, и органъ стремится вывести свое содержимое. Мѣсто боли почти всегда надъ самымъ лоннымъ соединеніемъ. Если воспаленіе острое, то боль можетъ ощущаться также въ промежности; но въ хроническомъ или полуостромъ воспаленіи пузыря, боль чувствуется надъ лоннымъ соединеніемъ, и не подъ конецъ, а въ началѣ мочеиспусканія, исключая тѣ случаи, когда поражена предстательная желѣза; тогда, какъ уже сказано, чувствительность послѣдней даетъ небольшую боль подъ конецъ мочеиспусканія.

При *съуженіи мочеваго канала* часто замѣчается боль на мѣстѣ съуженія; вы можете составить себѣ понятіе объ этомъ простымъ опытомъ. Если, выпуская мочу полной струей, вы вдругъ съузите каналъ, давя на него пальцемъ, настолько, чтобы уменьшить вдвое или больше струю мочи, то почувствуется острая боль. Боль можетъ быть также при *гипертрофіи предстательной желѣзы*, тѣмъ болѣе, что это измѣненіе часто сопровождается хроническимъ воспаленіемъ пузыря; здѣсь боль ощущается передъ мочеиспусканіемъ, а не послѣ него, чѣмъ и отличается отъ боли при камнѣ. Пузырь стремится вывести

свое содержимое, ему удается это исполнить очень медленно, такъ какъ увеличенная предстательная желѣза стоитъ, какъ преграда на пути мочи. При первыхъ сокращеніяхъ пузыря, которыми выпускается только нѣсколько капель, ощущается боль надъ лоннымъ соединеніемъ и глубоко въ промежности; но когда треть или половина содержимаго пузыря выведена, больной чувствуетъ облегченіе.

Я не буду останавливаться на *камняхъ мочеваго канала*, камень является здѣсь временнымъ гостемъ и такъ какъ онъ часто можетъ быть ощупанъ снаружи рукой, то діагностика его рѣдко представляетъ трудности. *Камни предстательной желѣзы* также рѣдки, я не хотѣлъ бы, останавливаясь на нихъ, усложнить настоящее изложеніе, которое желательно сдѣлать какъ можно болѣе простымъ, и потому обращу ваше вниманіе на болѣе обыкновенную болѣзнь—*камень пузыря*. Здѣсь боль имѣетъ очень опредѣленный характеръ: она чувствуется подъ конецъ мочеиспусканія, когда пузырь опустѣетъ и шероховатая поверхность камня придетъ въ соприкосновеніе съ слизистой оболочкой пузыря, также и съ той ея частью, которая одѣваетъ шейку пузыря и имѣетъ, безъ сомнѣнія, очень тонкую чувствительность. Какъ скоро въ пузырь опять наберется достаточно мочи, чтобы отдѣлить его стѣнки отъ камня, то наступаетъ облегченіе. Далѣе боль чувствуется къ концу половаго члена, на дюймъ отъ него, у основанія головки. Притомъ боль усиливается отъ движенія; въ другихъ страданіяхъ это не бываетъ такъ неизбѣжно. Дайте больному проѣхать въ дурномъ экипажѣ, или сдѣлать прыжокъ на лѣстницѣ, или какое бы то ни было рѣзкое движеніе, и онъ тотчасъ же почувствуетъ сильную боль, по всей вѣроятности въ шейкѣ пузыря, но также и въ концѣ члена. При воспаленіи предстательной желѣзы, смотря потому на сколько въ него вовлечена шейка пузыря, въ концѣ члена чувствуется обыкновенно нѣкоторая боль; на этомъ основаніи хроническое воспаленіе предстательной желѣзы иногда смѣшивается съ камнемъ.

Касательно *почечныхъ камней* я скажу здѣсь немногое; само собою разумѣется, что существуетъ боль въ области почекъ, правой или лѣвой стороны, рѣдко обѣихъ; боль усиливается при движеніяхъ. Обыкновенно она придерживается только одной стороны и быть можетъ чаще лѣвой, чѣмъ пра-

вой; часто боль чувствуется выше бедра и къ паху пораженной стороны, хотя камень неподвиженъ; на основаніи такой локализаціи боли нельзя заключать, что камень вошелъ въ мочеточникъ. Кромѣ того, при заболѣваніяхъ почекъ боль иногда чувствуется исключительно, или главнымъ образомъ, вокругъ пузыря и мочеваго канала; обстоятельство это никогда не слѣдуетъ забывать.

Трудно было бы сказать что нибудь о характеристической боли *при опухоляхъ*. Они могутъ занимать ту или другую часть пузыря; могутъ болѣе или менѣе затруднить выведеніе мочи, и боль будетъ чувствоваться соотвѣтственно этимъ условіямъ, развивающемуся воспаленію пузыря или затрудненному теченію мочи.

Слѣдующій вопросъ касается *характера самой мочи*. Предположите, что вашъ больной сказалъ вамъ, что онъ имѣетъ учащенное мочеиспусканіе, боль въ концѣ члена и въ шейкѣ пузыря, и что боль и частость мочеиспусканія ухудшаются при движеніяхъ. Вы скажете себѣ: «вѣроятно больной имѣетъ камень въ пузырѣ, я изслѣдую его зондомъ». Только два, сдѣланные вами вопроса, уже такъ разъяснили задачу распознаванія; вы спрашиваете теперь о характерѣ мочи и взгляните, какъ это двинетъ васъ дальше. Мы просмотримъ въ этомъ направленіи установленный выше рядъ страданій мочевыхъ органовъ. Но сначала, я долженъ сдѣлать одно предварительное замѣчаніе касательно изслѣдованія мочи. Я не вдамся здѣсь въ систематическое изложеніе этого изслѣдованія, такъ какъ это вовсе не входитъ въ кругъ моихъ задачъ и вамъ пришлось бы услышать тоже самое, что вы должны уже были изучить прежде; только на одномъ обстоятельствѣ я остановлю ваше вниманіе. Когда вамъ нужна для изслѣдованія моча больнаго, не слѣдуетъ ограничиваться тѣмъ, чтобы больной принесъ ее вамъ выпустивъ въ стклянку, безъ всякихъ предосторожностей; такая моча часто можетъ представлять собою смѣсь очень сомнительной цѣны. Вамъ нужно отдѣляемое почекъ и тѣ примѣси, которыя происходятъ въ пузырѣ; но изслѣдуемая порція мочи не должна содержать никакихъ примѣсей изъ мочеваго канала; пускай больной сначала выпуститъ двѣ или три ложки мочи, чтобы промыть ею каналъ; эта моча можетъ быть слита или собрана въ отдѣльную стклянку; затѣмъ пойдетъ уже

чистая моча, или по крайней мѣрѣ такая, происхожденіе составныхъ частей которой вамъ извѣстно. Вы будете имѣть дѣло съ отдѣляемымъ почекъ, съ примѣсью содержимаго пузыря. Предположите, что больной имѣетъ хроническое воспаленіе мочеваго канала (перелой), или воспаленіе предстательной желѣзы; тогда въ мочевомъ каналѣ будетъ находиться извѣстное количество слизисто-гнойнаго вещества. Если все это будетъ выпущено съ мочею въ одинъ сосудъ, то какъ вы опредѣлите различные продукты, и рѣшите глазомъ или микроскопомъ, что происходитъ изъ мочеваго канала, предстательной желѣзы, или изъ почекъ? Вамъ этого рѣшить будетъ нельзя. Но если вы избавите себя отъ источника ошибки, промывъ, такъ сказать, мочевой каналъ, выведя его содержимое въ особый сосудъ, напр. стаканъ, и затѣмъ собравъ всю остальную массу въ какую нибудь большую стклянку, то вы будете имѣть дѣло съ объектомъ, годнымъ для изслѣдованія. Если бы я былъ расположенъ занимать васъ анекдотическою болтовнею, я могъ бы разсказать вамъ о самыхъ серьезныхъ ошибкахъ, которыя были сдѣланы потому, что не обращалось вниманія на это простое обстоятельство. Я вамъ скажу только, что мнѣ случалось видѣть, какъ врачъ лечилъ отъ pyelitis больнаго, который имѣлъ только обильное отдѣленіе изъ мочеваго канала; моча два раза въ недѣлю посылалась для изслѣдованія въ стклянкѣ, тщательно вымытой, и такъ какъ въ мочѣ оказывалось извѣстное количество гноя, то больной, представлявшій кромѣ того нѣкоторые припадки, говорившіе въ пользу pyelitis,— цѣлые мѣсяцы былъ лечимъ отъ этого послѣдняго; наконецъ другой врачъ нашелъ, что вся примѣсь гноя шла изъ мочеваго канала, такъ что когда изъ этого послѣдняго было выведено содержимое въ первый стаканъ, то остальная моча оказалась свѣтлою и нормальною, и pyelitis скоро исчезъ при мѣстномъ леченіи канала. Я не знаю, скажетъ-ли вамъ кто нибудь объ этомъ крайне простомъ способѣ рѣшать вопросъ, о которомъ идетъ рѣчь; надѣюсь, что никто изъ васъ не впадетъ въ такую ошибку, какъ та, которую я вамъ только что изложилъ. Обращать вниманіе на это обстоятельство крайне необходимо, и однакоже это дѣлается очень рѣдко *).

*) См. дальнѣйшія подробности объ этомъ предметѣ, въ концѣ послѣдней лекціи.

Обращаясь теперь къ *воспаленію предстательной* желѣзы, мы находимъ, что оно всегда сопровождается присутствіемъ бо̀льшаго, или мѐньшаго количества хлопьевъ въ мочѣ, которые происходятъ изъ простатической части мочеваго канала; если вы раздѣлите мочу, какъ я вамъ сказалъ, то найдете, что весь осадокъ содержится въ первой порціи, а вся слѣдующая затѣмъ моча—свѣтла. Какъ же было бы при *камнѣ мочеваго пузыря?* Вы можете имѣть слизисто-гнойное вещество въ первомъ стаканѣ, но вы получите еще большую примѣсь его во второй порціи мочи. Не часто вы встрѣтите камень въ пузырѣ безъ присутствія въ немъ нѣкотораго количества слизисто-гнойнаго вещества; иногда, хотя крайне рѣдко, я встрѣчаю больныхъ съ камнемъ въ пузырѣ, и съ совершенно свѣтлою мочею. Рѣдко придется зондировать камень пузыря у человѣка съ свѣтлою мочею, по крайней мѣрѣ при выраженныхъ припадкахъ камня; присутствіе послѣдняго въ пузырѣ почти всегда даетъ толчекъ къ развитію cystitis, а слѣдовательно и осадка въ мочѣ. Если больной, выпускающій густые хлопья въ первый стаканъ, съ свѣтлою остальною мочею, представляетъ припадки, сходные съ камнемъ, то расчитывайте скорѣе на случай prostatitis chronica.

Характеръ мочи въ одной изъ формъ *хроническаго воспаленія пузыря* хорошо извѣстенъ. На днѣ сосуда образуется густой, студенистый осадокъ, который не вытекаетъ струею, а выпадаетъ цѣликомъ;—въ другой, также очень частой формѣ cystitis chronica, моча просто мутна, безъ такого плотнаго осадка. При *остромъ воспаленіи пузыря*, *моча* мутна и въ ней значительный осадокъ гноя; при *съуженіи канала*, если только нѣтъ cystitis chronica, моча не содержитъ осадка. Здѣсь важное значеніе имѣетъ характеръ струи мочи. Если больной выпускаетъ мочу тонкою, раздробляющеюся струею, или моча выходитъ только каплями, то имѣется препятствіе теченію мочи, и по всей вѣроятности существуетъ съуженіе. При *гипертрофіи предстательной желѣзы* струя можетъ быть также очень уменьшена и моча падаетъ внизъ, непосредственно по выходѣ изъ канала. При съуженіи же струя можетъ быть выпускаема съ силою, такъ что хотя струя и узкая, но идетъ энергично; этого не можетъ быть при гипертрофіи желѣзы, потому что здѣсь страдаетъ аппаратъ, изгоняющій мочу, мышцы не могутъ

дѣйствовать и струя, какъ широкая, такъ и узкая, падаетъ обыкновенно отвѣсно. При *камняхъ пузыря* нечего сказать о характерѣ струи мочи, развѣ только, что она иногда внезапно останавливается, но это вовсе не постоянный припадокъ. Что касается частицъ *опухолей*, находимыхъ въ мочѣ, то микроскопъ иногда, хотя не часто проливаетъ свѣтъ на ихъ природу. Безъ сомнѣнія въ мочѣ могутъ встрѣтиться раковыя клѣтки, но ихъ трудно узнать. Я видѣлъ какъ хорошіе изслѣдователи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не было рака, признавали присутствіе его клѣтокъ въ мочѣ. Молодой плоскій эпителій легко можетъ быть принятъ за нихъ.

Поднимаясь выше пузыря, мы встрѣчаемся съ pyelitis, болѣе или менѣе хроническимъ. Здѣсь состояніе мочи есть только одинъ изъ припадокъ въ ряду многихъ другихъ, которые должны быть оцѣнены прежде, чѣмъ сдѣлаемъ окончательное заключеніе о данномъ случаѣ. Всегда вы должны тщательно изслѣдовать мочу, нѣтъ-ли въ ней примѣси бѣлка, или сахара, и не дѣлать обыкновенной ошибки—заключать объ органическомъ страданіи почекъ въ случаѣ, гдѣ источникомъ бѣлка гной, или кровь, происходящіе изъ той или другой части мочевыхъ путей.

Слѣдующій вопросъ больному—*идетъ-ли вмѣстѣ съ мочею кровь,*—приведетъ васъ уже очень близко къ рѣшенію задачи въ большинствѣ случаевъ, хотя не всегда, потому что иногда необходимо изслѣдованіе зондомъ для постановки распознованія. При воспаленіи предстательной желѣзы часто примѣшивается немного крови подъ конецъ мочеиспусканія, какъ и при камнѣ; при воспаленіи пузыря присутствіе крови не необходимо, развѣ только при остромъ, или очень далеко развившемся воспаленіи пузыря. При съуженіи канала подмѣсь крови не необходима, а также при гипертрофіи предстательной желѣзы. Кровь здѣсь можетъ быть, или нѣтъ; часто же она является вслѣдствіе поврежденія инструментомъ. Присутствіе крови наиболѣе важно для рѣшенія вопроса о камнѣ; такъ точно, какъ при чахоткѣ большинство больныхъ, въ тотъ или другой періодъ болѣзни, имѣетъ кровохарканіе,—такъ почти въ той же пропорціи (4 случая изъ 5) камень пузыря сопровождается гематуріею.

Я прошу васъ обратить вниманіе на только что разобранные четыре вопроса, потому что я буду предполагать при всемъ дальнѣйшемъ изложеніи предмета, что вы усвоили ихъ себѣ вполнѣ; то, что мнѣ придется сказать о наблюденіи глазомъ, рукою и инструментами, будетъ изложено въ соотвѣтствующихъ главахъ; теперь я сдѣлаю только нѣсколько краткихъ выводовъ въ этомъ направленіи. Вы наблюдаете глазомъ— наполненъ пузырь, или нѣтъ; этому опредѣленію вамъ помогаетъ ощупываніе (palpatio) и постукиваніе. Нижняя часть живота часто бываетъ чрезвычайно выпукла въ случаяхъ задержанія мочи. Вы изслѣдуете также промежность и мошонку, по отношенію къ экстравазаціи мочи, абсцессамъ промежности, фистуламъ и пр.; вы знакомитесь съ состояніемъ предстательной желѣзы и пузыря, вводя палецъ въ прямую кишку. Далѣе мы переходимъ къ *инструментамъ*. Предположите уже приведенный мною вамъ случай, въ которомъ существуетъ учащенное мочеиспусканіе, боль подъ конецъ его, боль при каждомъ сильномъ движеніи, осадокъ въ мочѣ, иногда кровь въ ней, больше всего послѣ движеній,— въ высшей степени вѣроятно, что такой больной имѣетъ камень. Но вы не можете быть увѣрены въ этомъ, безъ изслѣдованія инструментами; почти всѣ перечисленные припадки могутъ быть произведены извѣстными измѣненіями почекъ и камнями ихъ; вы не въ состояніи рѣшить вопроса, пока не изслѣдуете пузырь зондомъ. Я придаю большое значеніе этому инструменту; но само собою разумѣется, вовсе не хочу сказать этимъ, чтобы всякому больному, приходящему къ вамъ съ жалобою на учащенное мочеиспусканіе, или боль при немъ, вы предлагали: «лягте, я введу вамъ инструментъ». Хирургъ можетъ нѣсколько злоупотреблять введеніемъ инструментовъ; этого никогда не должно дѣлать безъ крайней необходимости. Я смотрю на инструментъ, взятый въ отдѣльности, per se, какъ на зло, незначительное или большое, смотря потому, какъ онъ употребляется; инструментъ никогда не должно примѣнять, пока нѣтъ достаточныхъ поводовъ думать, что существуетъ еще бо́льшое зло, которое инструментомъ можно смягчить, или уничтожить. Но если больной страдаетъ перечисленными припадками, то вы повредили бы ему, если бы не сдѣлали изслѣдованія зондомъ. При съуженіяхъ инструментъ также необхо-

димъ, какъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда надо опредѣлить, наполненъ-ли пузырь, или нѣтъ.

Человѣкъ можетъ часто мочиться, сильно натуживаться, быть увѣренъ, что опорожнилъ пузырь, и все таки вполнѣ обмануться. Какъ рѣшить вопросъ? Вы имѣете выпуклость выше лоннаго соединенія и не сомнѣваетесь, что это растянутый пузырь; но можетъ быть это плотная опухоль. Вы не можете быть увѣрены, что пузырь пустъ, пока не введете въ него инструментъ. Многимъ больнымъ вводится катетеръ въ пузырь, и въ немъ оказывается огромное количество мочи, хотя ощущенія больнаго заставляли его думать, что моча изгнана до послѣдней капли. Мы остановимся еще болѣе подробно на этомъ предметѣ, говоря о задержаніи мочи и гипертрофіи предстательной желѣзы.

Такъ какъ у насъ идетъ рѣчь о распознаваніи, то я пользуюсь случаемъ показать вамъ, какъ глазу можетъ помогать до нѣкоторой степени инструментъ, наз. эндоскопомъ; впрочемъ онъ не представляетъ ничего новаго, такіе инструменты мы давно вводили во всѣ доступныя полости тѣла—ухо, влагалище, прямую кишку и пр. Много лѣтъ тому назадъ этотъ инструментъ былъ употребленъ и для мочеваго канала; уже болѣе 20 лѣтъ, какъ я видѣлъ впервые употребленіе эндоскопа, именно въ рукахъ Авери въ Charing Cross Hospital.— Такъ какъ я уже изучалъ тогда мочевыя болѣзни, то Авери показалъ мнѣ нѣкоторыхъ своихъ больныхъ и сдѣланный имъ новый инструментъ. Это была длинная трубка, сходная съ тою, которую я держу теперь въ рукахъ, и приспособленная для осмотра глубокихъ частей мочеваго канала. Онъ показалъ мнѣ нѣсколько случаевъ съуженій, но я не думаю, чтобы онъ употреблялъ инструментъ для осмотра пузыря. Авери много занимался этимъ предметомъ, и инструментъ былъ доведенъ до нѣкотораго совершенства. Къ сожалѣнію Авери скоро умеръ и его дѣло было забыто. Задолго до него и впослѣдствіи было сдѣлано нѣсколько попытокъ въ томъ же направленіи, но я не думаю, чтобы здѣсь, на моемъ столѣ, гдѣ собраны всѣ эти инструменты, было что-либо превосходящее тотъ эндоскопъ, который мнѣ показывалъ Авери. Въ послѣдніе годы Дезормо, въ Парижѣ, обратилъ большое вниманіе на эндоскопъ и усовершенствовалъ его; различные способы освѣщенія составляютъ

всю разницу эндоскопа; во всѣхъ неизбѣжна трубка, которая вводится въ полость. Инструментъ Дезормо я получилъ 10 лѣтъ тому назадъ. Въ Дублинѣ докторъ Круизъ еще болѣе усовершенствовалъ инструментъ, и его аппаратъ наилучшій изъ всѣхъ, какіе мы имѣемъ. Вы часто видѣли, какъ я его употреблялъ въ палатахъ, какъ для изслѣдованія мочеваго канала, такъ и прямой кишки.

Я долженъ вамъ сказать, что если кто имѣетъ хорошую, опытную руку, вмѣстѣ съ извѣстной интеллигентностью, то едва ли тотъ многое пріобрѣтетъ отъ эндоскопа;—а если нѣтъ этихъ качествъ, то эндоскопъ совершенно безполезенъ. Въ немногихъ случаяхъ эндоскопъ дѣйствительно имѣетъ значеніе; но не ожидайте, чтобы онъ сдѣлалъ чудеса въ распознаваніи хирургическихъ болѣзней мочевыхъ органовъ. Въ 19 случаяхъ изъ 20 вы должны умѣть дойти до необходимыхъ вамъ заключеній безъ него; притомъ же употребленіе эндоскопа далеко не принадлежитъ къ удобнымъ пріемамъ. Какъ уже замѣчено, никого не слѣдуетъ подвергать безъ необходимости боли и всѣмъ неудобствамъ зонда и катетера; изслѣдованіе же эндоскопомъ раздражаетъ еще болѣе. Въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ, когда вы не можете составить заключенія безъ эндоскопа, вы можете употреблять его съ нѣкоторою пользою. Передъ нами больной, которому я никогда не вводилъ эндоскопа, и изслѣдованіе этого случая дастъ намъ возможность судить до нѣкоторой степени о силѣ инструмента. Больной имѣлъ чрезвычайно тяжелое съуженіе канала, и я сдѣлалъ ему urethrotomiam vinternam во вторникъ на прошлой недѣлѣ. Теперь больной чувствуетъ себя хорошо. Онъ не могъ выпускать ни одной капли мочи, теперь же мочится правильно, и вы согласитесь со мной, что надо было сдѣлать что нибудь очень серьезное, чтобы произошла такая перемѣна. Я глубоко разрѣзалъ съуженіе, и теперь посмотримъ, можно-ли будетъ найти рубцы. Я употребляю эндоскопъ Дезормо, освѣщенный лампою Круиза. Вы видите, что сдѣлано тщательное и продолжительное изслѣдованіе; мочевой каналъ имѣетъ нѣсколько болѣе темно-красный цвѣтъ въ той части, которая была поражена, но это и все, что можно было видѣть. Измѣненія въ цвѣтѣ и въ строеніи слизистой оболочки мочеваго канала и пузыря могутъ быть видимы всего лучше и особенно

важно замѣтить ихъ. Иногда можетъ быть видимо отверстіе съуженія, но это не имѣетъ практическаго значенія. Камень въ пузырѣ можетъ быть видимъ, или лучше сказать маленькій участокъ его, въ который упирается конецъ инструмента; но я никогда не извлекалъ изъ этого ни малѣйшей пользы. Осторожнымъ зондированіемъ можно опредѣлить камень величиною меньше горошины, и легче вызвать звукъ, дотрогиваясь до такого камня концемъ зонда, чѣмъ увидѣть этотъ камень помощію эндоскопа. Я скажу еще, что никто до сихъ поръ не видѣлъ въ эндоскопъ veru montanum, и если нельзя увидѣть его, то я думаю незначительныя патологическія измѣненія должны часто ускользать отъ эндоскопическаго изслѣдованія.

Очень простой эндоскопъ сдѣланъ Варвикомъ, онъ можетъ быть употребляемъ какъ съ газовымъ, такъ и съ солнечнымъ свѣтомъ. Этимъ инструментомъ сравнительно достигается почти тоже, что можно получить и при помощи болѣе сложныхъ аппаратовъ этого рода.

ЛЕКЦІЯ II.

Съуженія мочеиспускательнаго канала.

Въ прошлый разъ, мм. гг., предметомъ лекціи были болѣе общіе вопросы, чѣмъ частные. Сегодня я перехожу къ съуженію мочеиспускательнаго канала. Эта болѣзнь, хотя и не самая частая въ ряду другихъ, но обыкновенно принимается за самую частую. Изъ всѣхъ болѣзней мочевыхъ органовъ можетъ быть ни объ одной, не говорили такъ часто, какъ о съуженіи. Изъ этого однакоже не слѣдуетъ, чтобы она дѣйствительно была такъ обыкновенна; она встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ многіе думаютъ. Слово сдѣлалось общеизвѣстнымъ, и потому всякій, кто страдаетъ хотя бы незначительнымъ разстройствомъ мочеиспусканія, склоненъ думать, что у него съуженіе. Навѣрное въ 3 случаяхъ изъ 4, когда больные убѣждены, что страдаютъ съуженіемъ, я не нахожу ничего подобнаго, а только ту, или другую временную причину раздраженія. Надо сознаться,

что даже въ кругу врачей существуетъ нѣкоторая путаница по отношенію къ употребленію слова «съуженіе». Говорили—прежде и я принималъ эту условную классификацію,—что существуетъ 3 рода съуженій: органическія, воспалительныя и спазмодическія. Мы, дабы избѣжать недоразумѣній, будемъ употреблять слово съуженіе только для одного рода, именно для органическаго съуженія. Что же такое органическое съуженіе? Это есть отложеніе пластической лимфы вокругъ мочеваго канала на извѣстномъ мѣстѣ его; не позволяя каналу на этомъ мѣстѣ вполнѣ открываться для струи мочи, отложеніе это съуживаетъ струю pro tanto. Обыкновенно такому измѣненію предшествуетъ хроническое воспаленіе, наичаще въ луковичной части канала (pars bulbosa); продукты воспаленія отлагаются въ подслизистой и сосудистой тканяхъ, окружающихъ каналъ. По прошествіи извѣстнаго времени эти продукты подвергаются сокращенію, и образуютъ фиброзныя волокны, болѣе или менѣе съуживающія каналъ. Мы говоримъ о съуженіи канала; но это основано на обыденномъ, не совсѣмъ точномъ представленіи предмета, хотя и достаточномъ для практическихъ цѣлей. Вы должны помнить, изучая патологію и терапію болѣзней мочеваго канала, что это не открытая трубка, какъ напр. газовая, въ которую можно лить жидкость. Мочевой каналъ вовсе не представляетъ собою трубки, за исключеніемъ того момента, когда онъ растянутъ, проходящею чрезъ него струею. Мочевой каналъ всегда замкнутъ мышечными волокнами, и только когда онъ не можетъ вполнѣ растягиваться для струи мочи—тогда мы говоримъ о съуженіи. Всякое органическое съуженіе представляетъ собою постоянное измѣненіе; разъ образовавшись, оно не можетъ быть уничтожено никакими извѣстными средствами; оно не можетъ быть удалено всасываніемъ, хотя часто и утверждали противное.

Вы можете расширить его, разрѣзать, но все таки оно остается. Если человѣкъ разъ пріобрѣтетъ истинное органическое съуженіе, то онъ имѣетъ его навсегда; если существуютъ исключенія, то онѣ до такой степени рѣдки, что практически ими нисколько не ослабляется значеніе только что высказанной аксіомы. Какое бы леченіе вы не употребили, всегда остается наклонность къ большему или меньшему послѣдовательному сокращенію.

Теперь мы должны сказать о «воспалительномъ и спазмодическомъ» съуженіяхъ. Воспалительное съуженіе есть скорѣе только временное мѣстное воспаленіе извѣстной части канала, который вслѣдствіе этого на время съуживается. Все время, пока продолжается воспаленіе, больной не можетъ мочиться, или мочится съ трудомъ. Воспаленіе съ подобнымъ результатомъ поражаетъ только простатическую часть мочеваго канала, которая, какъ вы знаете, не бываетъ мѣстомъ органическаго съуженія. Если такое состояніе называть съуженіемъ, то вы точно также могли бы говорить о съуженіи зѣва, когда онъ воспаленъ и миндалевидныя желѣзы опухли. Мы говоримъ о съуженіи пищепровода, или глотки только при органическихъ измѣненіяхъ ихъ, когда извѣстнымъ отложеніемъ просвѣтъ ихъ уменьшенъ навсегда, а при всѣхъ другихъ условіяхъ мы не говоримъ здѣсь о съуженіяхъ. Тоже самое и по отношенію къ спазму. Мочевой каналъ можетъ быть до извѣстной степени съуженъ смазмомъ, который затруднитъ выходъ мочи изъ пузыря неправильнымъ дѣйствіемъ мышцъ, окружающихъ каналъ. Но это только временное разстройство; оно нисколько не связывается съ какимъ либо органическимъ измѣненіемъ. Хотя иногда появленіе спазма обусловливается существованіемъ органическаго измѣненія, всё таки спазмъ самъ по себѣ не составляетъ съуженія канала. «Спазмодическое съуженіе» просто очень удобный предлогъ для извиненія въ случаяхъ неудачнаго введенія инструментовъ; имъ пользуются, чтобы скрыть свое неумѣнье. Если нельзя ввести катетера, если трудности случая заставляютъ отказаться отъ дальнѣйшихъ попытокъ, то врачу очень удобно сказать: «здѣсь спазмъ». Но дѣйствительно спазма никакого нѣтъ, или по крайней мѣрѣ онъ бываетъ очень рѣдко. «Теперь спазмъ въ мышцахъ и благоразуміе заставляетъ отказаться покуда отъ дальнѣйшихъ попытокъ введенія инструментовъ»; говоря такъ, наконецъ начинаютъ въ самомъ дѣлѣ вѣрить этому. Но я не думаю, чтобы когда либо можно было не ввести инструмента вслѣдствіе только спазма. Онъ можетъ затруднить теченіе мочи; но не думаю, чтобы могъ воспрепятствовать введенію инструмента. Въ большинствѣ случаевъ бываетъ виновата рука, а не спазмъ канала. Конечно нельзя отрицать, что это объясненіе, опирающееся, повидимому, на фактъ, вполнѣ удовлетворяетъ боль-

наго въ случаѣ, когда нельзя ввести инструмента. Но мы, говоря здѣсь о съуженіи, будемъ относить это слово только къ органическому съуженію въ описанномъ уже смыслѣ. Все механическое леченіе, о которомъ я буду говорить, относится только къ этому роду съуженій. При «воспалительномъ съуженіи» нѣтъ повода вводить инструментъ, за исключеніемъ случаевъ задержанія мочи.

Какіе же припадки съуженія? Прежде всего—*тонкость струи*, зависящая отъ уменьшенія просвѣта канала. Насколько уменьшенъ каналъ, настолько должна съузиться струя. Впрочемъ не надо забывать, что степень тонкости струи очень измѣняется, смотря по внѣшнимъ условіямъ,—вліяніе холода, погрѣшности въ діэтѣ и т. п.; только одно постоянно, что струя всегда тоньше нормальной. Далѣе не рѣдко случается большее или меньшее *усиліе при* мочеиспусканіи, соотвѣтственно препятствію въ каналѣ; самая струя выходитъ *сплющенною*, *извитою* или *раздробленною*. Мочеиспусканіе сопровождается болью на мѣстѣ съуженія и надъ лоннымъ соединеніемъ, если существуетъ воспаленіе пузыря. Одновременно часто замѣчается небольшое *отдѣленіе изъ мочеваго канала*. Дѣйствительно это послѣднее часто бываетъ единственнымъ явленіемъ, на которое больной обращаетъ вниманіе; хирургъ замѣчаетъ, что это отдѣленіе медленно уступаетъ леченію, вводитъ инструментъ и открываетъ съуженіе. *Учащенное мочеиспусканіе*, какъ я уже сказалъ, не всегда наблюдается при съуженіи; но непремѣнно является, коль скоро случай сдѣлался тяжелымъ и продолжается очень долго.

Предположите, что къ вамъ обращается больной со всѣми этими припадками; вы должны посмотрѣть, какъ онъ мочится. По всей вѣроятности больной будетъ придавать большое значеніе тому, что струя мочи извита или раздроблена; но не слѣдуетъ слишкомъ останавливаться на этомъ явленіи, взятомъ въ отдѣльности, такъ какъ извитая струя часто встрѣчается безъ съуженія; такое уклоненіе можетъ зависѣть отъ измѣненій въ наружномъ отверстіи канала. Вытекающая струя мочи видоизмѣняется очертаніями или неподатливостію наружнаго отверстія канала; послѣ повторныхъ воспаленій на этомъ мѣстѣ, губы отверстія могутъ остаться слегка утолщенными и допускать вытеченіе мочи только въ формѣ плоской, и слѣдова-

тельно извитой струи. Такое явленіе вовсе не рѣдкость; но въ подобномъ случаѣ, какъ бы ни была плоска струя, абсолютный объемъ ея не уменьшенъ.

Мы теперь поговоримъ о самомъ важномъ предметѣ при распознаваніи—объ изслѣдованіи инструментами. Мы должны неизмѣнно слѣдовать такому правилу: при изслѣдованіи канала въ съуженіи, берите всегда инструментъ довольно большаго калибра, № 8 или 9. *) Больной вѣроятно будетъ возражать вамъ и скажетъ: «этотъ инструментъ не пройдетъ, безполезно пробовать его». Отвѣтьте, что вы не намѣрены пройти имъ съуженіе, а только желаете опредѣлить, на какой глубинѣ оно находится. Въ самомъ дѣлѣ, если вы употребите съ самаго начала тонкій инструментъ, то онъ можетъ пройти черезъ съуженіе, если оно существуетъ и не открыть его. Если же толстый бужъ легко проходитъ въ пузырь, то можете объявить больному, что онъ не имѣетъ съуженія, и приходится искать другую причину разстройства мочеиспусканія. И такъ, что ни говорилъ бы вамъ больной, и какъ узка ни была бы струя, берите бужъ не меньше № 8 или 9, вводите его осторожно въ каналъ; если есть съуженіе, то бужъ остановится у него и вы точно опредѣлите его мѣстоположеніе. Замѣтьте это мѣсто; смотря по индивидуальностямъ случая оно лежитъ на 4—5 дюймовъ отъ наружнаго отверстія; впослѣдствіи, при расширеніи съуженія, необходимо точно знать, на какомъ мѣстѣ оно находится. Но вашъ бужъ можетъ остановиться на любомъ мѣстѣ, однакоже здѣсь можетъ не быть съуженія; прежде чѣмъ продолжать изложеніе другихъ пріемовъ распознаванія, я долженъ объяснить вамъ, чѣмъ обусловливается послѣднее явленіе. При введеніи бужа, вы очень часто встрѣтитесь съ условіями, которыя могутъ ввести въ ошибку. Я уже говорилъ вамъ, какъ заблуждаются больные относительно съуженія; но и врачъ, не имѣющій большой опытности въ этомъ дѣлѣ, тоже можетъ впасть въ ошибки. Каковы же источники послѣднихъ?

Какимъ образомъ врачъ иногда воображаетъ, что нашелъ съуженіе, когда его въ дѣйствительности нѣтъ? Нѣкоторые изъ васъ могутъ впослѣдствіи занять такія медицинскія положенія, которыя рѣдко дадутъ поводъ видѣть болѣзни мочевыхъ

*) Англійскаго дѣленія. Смот. ниже стр. 31. рисун. 5.

путей; для врача при такихъ условіяхъ нѣтъ ничего постыднаго, если бы онъ впалъ въ подобную ошибку и принялъ бы съуженіе тамъ, гдѣ его нѣтъ. Но совсѣмъ другое дѣло для хирурга—спеціалиста; такая ошибка не могла бы быть ему прощена. Мнѣ хотѣлось бы, чтобы вы не дѣлали подобныхъ промаховъ, и хотя не всѣ изъ васъ будутъ спеціалистами, все таки никто изъ васъ, слушая мой курсъ, не долженъ остаться безъ точнаго знанія источниковъ ошибокъ; и я надѣюсь, что впослѣдствіи мнѣ не придется слышать ни объ одномъ подобномъ промахѣ со стороны кого либо изъ васъ.

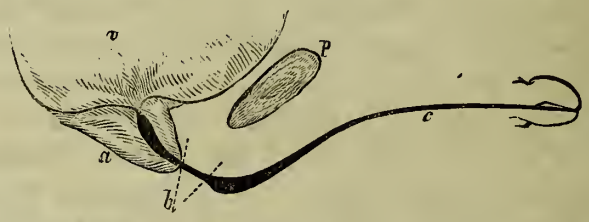
Я напоминаю вамъ, что мочевой каналъ представляетъ собою замкнутый каналъ, онъ вовсе не таковъ, какимъ его представляютъ на рисункахъ въ анатомическихъ сочиненіяхъ, въ видѣ открытаго хода. Въ такомъ состояніи каналъ бываетъ только впродолженіи короткихъ промежутковъ времени акта мочеиспусканія. Первый источникъ ошибки лежитъ вблизи самаго наружнаго отверстія—lacuna magna. Затѣмъ, на пять или на шесть дюймовъ далѣе, bulbus urethrae соединяется съ перепончатою ея частью и каналъ, бывшій широкимъ, растяжимымъ, становится уже. Наконецъ третій источникъ затрудненнаго введенія бужа лежитъ въ шейкѣ пузыря. На этихъ трехъ мѣстахъ могутъ встрѣтиться препятствія при введеніи бужа, и дать поводъ къ ложному заключенію о присутствіи съуженія.

Вводя въ мочевой каналъ вашъ инструментъ, помните, что каналъ далеко не представляетъ собою зіяющей трубки, но образуется извилистымъ ходомъ съ мягкими, нѣжными, сосудистыми стѣнками, тѣсно соприкасающимися между собою; такъ что если, при введеніи инструмента, вы возмете ложное направленіе, то нѣтъ ничего легче, какъ упереться въ ту или другую складку, либо углубленіе слизистой оболочки, тѣмъ болѣе, что послѣдняя въ однихъ мѣстахъ болѣе растяжима, чѣмъ въ другихъ. Если сдѣлать поперечный разрѣзъ мочеваго канала, то видно, что стѣнки его лежатъ въ четыре, или пять продольныхъ складокъ, тѣсно прилегающихъ одна къ другой, и что вовсе нѣтъ просвѣта при покойномъ состояніи канала. Еслибы онъ былъ открытою трубкою, то конечно гораздо легче было бы вводить инструментъ; но такъ какъ этого нѣтъ, то конецъ инструмента легко можетъ упереться въ мягкія части, или зацѣпить за складки той, либо другой стороны канала.

Во первыхъ, какъ я уже упоминалъ, инструментъ легко можетъ быть остановленъ при самомъ входѣ, что крайне непріятно для начала, т. е. конецъ бужа можетъ попастъ въ lacuna magna. Поэтому, когда вы начинаете вводить инструментъ, то прежде всего озаботьтесъ, чтобы конецъ его шелъ по нижней стѣнкѣ канала; тогда вы избѣгнете препятствія, о которомъ идетъ рѣчь.

Само собою разумѣется, что вы желаете ввести инструментъ какъ можно лучше; можетъ быть больному уже вводили прежде бужъ, и вы желаете, чтобы это удалось вамъ по крайней мѣрѣ также хорошо, какъ и тому врачу, который былъ до васъ. Больной ничего не оцѣниваетъ такъ хорошо, какъ легкое введеніе бужа. Это непріятная операція, и если вы дѣлаете ее лучше другихъ, то вы навѣрно удержите за собою больнаго на все время, пока ему необходимо пособіе подобнаго рода. Если же вы запнетесь, попадете въ lacuna magna при входѣ, то больной заключитъ изъ этого о вашей неловкости, и по всей вѣроятности болѣе не придетъ къ вамъ.

Рис. 1.



Мочевой каналъ въ его натуральномъ состояніи, a, b, c, представляютъ простотическую. перепончатую и спонгіозную части. *)

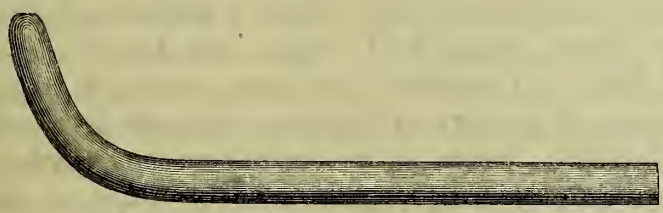
На приложенномъ рисункѣ вы видите bulbus urethrae. Каналъ болѣе растяжимъ въ этомъ мѣстѣ, а когда вы дойдете до глубокой фасціи промежности, **) то растяжимость канала здѣсь гораздо меньше. Слѣдовательно, говоря практически, каналъ гораздо шире въ луковичной части, чѣмъ при входѣ къ перепончатую; когда инструментъ доходитъ до этого послѣдняго мѣста, то легко можетъ остановиться. Здѣсь то и дѣлается большинство

*) Мочевой каналъ представляя на рисункѣ такимъ, каковъ онъ въ дѣйствительности, какъ закрытый каналъ; линія канала сдѣлана болѣе толстою въ луковичной и простотической части, чтобы изобразить (градически) растяжимость канала въ этихъ двухъ отдѣлахъ.

**) Французскіе анатомы называютъ глубокую фасцію промежности: aponeurosis media perinei, ligamentum Carcassonii и ligamentum triangulare urethrae.

ложныхъ путей: инструментъ выводится изъ канала и идетъ ниже его, такъ какъ наиболѣе растяжима нижняя стѣнка. Объемъ губчатаго тѣла больше книзу, нежели кверху отъ канала; ткань его мягка и губчата. Растяжимость канала соотвѣтствуетъ мягкости тканей внѣ его и инструментъ, шедшій хорошо до этого мѣста, не входитъ въ перепончатую часть. Поэтому, ведя бужъ, старайтесъ главнымъ образомъ, чтобы конецъ его былъ повернутъ кверху, для избѣжанія препятствія снизу, о которомъ идетъ рѣчь. Ничто такъ не облегчаетъ введенія бужа, какъ его надлежащая кривизна. Я часто дѣлаю такой опытъ въ пріемной залѣ: беру студента, который никогда еще не вводилъ инструмента, и говорю ему: «введите этотъ бужъ» (прямой, или слегка согнутый). Новичекъ, вводя бужъ, непремѣнно останавливается дойдя до перепончатой части. Тогда я беру у него бужъ, даю ему ту кривизну, какая представлена на рис. 2,и тогда студентъ легко вводитъ инструментъ въ пузырь.Эта

Рис. 2.



Бужъ съ концомъ изогнутымъ кверху.

форма инструмента ясно выражена въ бужѣ, который французы называютъ «coudée« и она крайне удобна. Б. Броди совѣтовалъ давать бужу эту кривизну съ тѣми же цѣлями уже болѣе 30 лѣтъ тому назадъ. Такой инструментъ, проходя чрезъ мочевой каналъ, держится верхней стѣнки, вмѣсто того чтобы углубляться въ растяжимый отдѣлъ луковичной части.

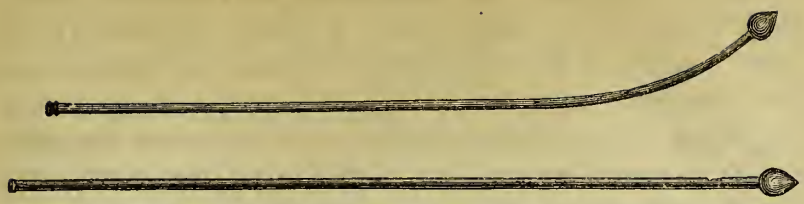
Послѣднее препятствіе находится въ шейкѣ пузыря, и оно такъ обыкновенно, что вы часто слышите о съуженіяхъ шейки пузыря, которыя, собственно воворя, никогда не бываютъ. Съуженіе никогда не поражаетъ также простатической части. «Съуженіе шейки пузыря» было принятымъ выраженіемъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ, и даже теперь вы иногда слышите его; но въ дѣйствительности нѣтъ ничего подобнаго. Только

потому что шейка пузыря представляетъ иногда препятствіе для введенія бужа, стали говорить, что она бываетъ мѣстомъ съуженія. Въ этомъ случаѣ правильная кривизна инструмента составляетъ наилучшее средство для устраненія препятствія. И такъ я повторю вкратцѣ разобранные три источника затрудненій. Во 1-хъ, lacuna magna; она обходится, если придерживаться нижней стѣнки канала; затѣмъ узкая, перепончатая часть, при выходѣ изъ bulbus, которая обходится, если направляется кверху конецъ бужа; наконецъ тотъ же самый пріемъ необходимъ при прохожденіи черезъ шейку пузыря.

Теперь мы вернемся къ постановкѣ распознаванія. Мы нашли бужемъ органическое съуженіе, положимъ на $4^1/_2$ дюйма отъ наружнаго отверстія, но намъ ничего еще неизвѣстно о степени съуженія. Вы знаете, что больной имѣетъ съуженіе, но калибръ его неизвѣстенъ. Вы предложите больному помочиться, и если онъ въ состояніи это исполнить, то объемъ струи дастъ вамъ возможность судить о степени съуженія. Но по всей вѣроятности больной не въ состояніи будетъ мочиться въ вашемъ присутствіи. Тогда вы возьмите тонкій, эластическій бужъ, напр. № 1 или 2; вы вводите № 1, и можетъ быть онъ проходитъ свободно, затѣмъ № 2 уже не такъ легко; № 3 идетъ съ трудомъ; послѣдній № и есть калибръ съуженія. Теперь вы имѣете всѣ главные факты, относящіеся до съуженія, съ которымъ имѣете дѣло, т. е. мѣсто и калибръ съуженія. Необходимо также обратить вниманіе на общее состояніе больнаго, на то, часто-ли онъ мочится и сильно ли у больнаго хроническое воспаленіе пузыря. Но теперь я буду говорить только о механической сторонѣ дѣла.

Больной можетъ имѣть болѣе чѣмъ одно съуженіе; и это случается, далеко не рѣдко. Въ такомъ случаѣ первое съуженіе почти постоянно находится вблизи наружнаго отверстія. Съуженіе можетъ занимать любую часть переднихъ трехъ или четырехъ дюймовъ канала, однакоже оно иногда лежитъ только на разстояніи двухъ съ половиною дюймовъ. Въ этомъ мѣстѣ, сперва бужъ останавливается; проводя чрезъ съуженіе тонкій инструментъ, вы идете дальше искать второе, что значительно затрудняется сдавливаніемъ бужа въ первомъ съуженіи. Тогда возьмите бужъ очень тонкій съ маленькою головкою на концѣ (рис. 3). Этотъ бужъ можетъ быть гибкій, или метали-

Рис. 3.



Изогнутый и прямой головчатые бужи, для распознаванія стриктуръ.

ческій; послѣдній удобнѣе для большинства случаевъ. Головка бужа должна быть такой величины, чтобы проходила съ нѣкоторымъ усиліемъ чрезъ съуженіе. Пройдя его, головка инструмента движется далѣе свободно, пока не встрѣтитъ втораго съуженія; можетъ быть она пройдетъ и чрезъ него. Тогда вынимая обратно бужъ, вы можете отчетливо опредѣлить мѣсто каждаго съуженія, по тому толчку, котсрый испытываетъ головка, входя на своемъ обратномъ пути въ съуженіе. Такого рода пріемы вовсе не необходимы; при нѣкоторой опытности можно обойтись и безъ нихъ; но для васъ необходимо знать и понимать этотъ способъ изслѣдованія, чтобы быть въ состояніи примѣнить его, если встрѣтиться необходимость.

Теперь обратимся къ вопросу о *леченіи*. Предположимъ, что больной имѣетъ только одно съуженіе въ луковичной части канала, или, если ихъ два, то переднее съуженіе не слишкомъ узко и неподатливо; что мы должны предложить больному? Прежде всего и главнымъ образомъ—расширеніе, во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія, на сколько оно представляетъ шансы для успѣха. Сначала всегда должно испытать расширеніе, такъ какъ это простой и удобный способъ. Если у вашего больнаго съуженіе даже очень узкое и неподатливое, все таки не слѣдуетъ думать объ операціи, прежде чѣмъ вы испытаете, не удастся - ли расширеніе. Въ чемъ же оно состоитъ? Это есть механическое средство, для растяженія той организованной лимфы, которая образуетъ волокна вокругъ канала на съуженномъ мѣстѣ. Часто говорятъ, что расширеніе производитъ всасываніе этой ткани; я не буду отрицать этого, но замѣчу только, что для подобнаго взгляда не существуетъ еще никакихъ доказательствъ. И такъ допустите, что бужъ № 3 прошелъ съ нѣкоторыми усиліями чрезъ съуженіе, до пузыря;

вы говорите больному: «на сегодняшній разъ довольно; чрезъ два, три дня я вамъ введу болѣе толстый инструментъ». Я совѣтую вамъ въ этотъ слѣдующій сеансъ не начинать съ самаго толстаго бужа изъ тѣхъ, какіе прошли въ послѣдній разъ. Если тогда вы ввели №№ 1, 2, 3, то теперь возьмите 2, 3, 4; въ третій сеансъ № 3, 4, 5 и т. д.; всегда начинайте съ № ниже того, какой былъ достигнутъ въ прошлый сеансъ; при такихъ условіяхъ болѣе тонкій инструментъ будетъ служить предшественникомъ болѣе толстому. Далѣе никогда не оставляйте инструментъ надолго въ каналѣ, но тотчасъ же вынимайте его. Если вы оставите надолго бужъ, то этимъ только усилите раздраженіе, и ни на волосъ не будетъ увеличено расширеніе. Чѣмъ дольше оставляется бужъ, тѣмъ плотнѣе онъ удерживается, тѣмъ труднѣе и болѣзненнѣе его извлеченіе; только спустя часъ, или два присутствія бужа въ съуженіи, онъ начинаетъ опять менѣе плотно удерживаться послѣднимъ, какъ мы это увидимъ далѣе, говоря о «постоянномъ расширеніи». Мы должны теперь заняться вопросомъ объ инструментѣ. Самый важный принципъ, который управляетъ всѣмъ механическимъ леченіемъ болѣзней мочевыхъ органовъ, причемъ все равно, идетъ-ли дѣло о съуженіи, или гипертрафіи предстательной желѣзы, о задержаніи мочи, или о камнѣ, принципъ, которымъ рѣшается вопросъ о родѣ инструментовъ, какіе должно употреблять, есть слѣдующій: *«всѣ инструменты должны считаться зломъ, большимъ или меньшимъ, и къ нимъ не слѣдуетъ прибѣгать до тѣхъ поръ, пока къ этому не побуждаетъ другое, еще большее зло»*. Введеніе какого бы то ни было инструмента въ здоровый каналъ должно быть уже *само по себѣ* источникомъ раздраженія. Испытайте это сами на себѣ; я предлагаю вамъ сдѣлать это, если вы желаете хорошо вводить инструменты; мнѣ кажется никто не долженъ бы вводить бужа другимъ, не испробовавъ это на самомъ себѣ. Степень раздраженія бужемъ зависитъ, конечно, главнымъ образомъ отъ способа, которымъ вводится инструментъ, и отъ рода самаго инструмента. Позвольте мнѣ сдѣлать коммерческое сравненіе и сказать, что леченіе вашего больнаго имѣетъ двѣ стороны, «debit» и «credit». Безъ всякаго сомнѣнія вы стремитесь достигнуть того или другаго хорошаго результата, это «кредитъ» счета; но вы не можете

достигнуть этаго результата безъ того, чтобы не произвести въ то же время нѣкотораго раздраженія; это «дебитъ». Никогда не забывайте этого послѣдняго обстоятельства, и поставьте себѣ задачею уменьшить, какъ только возможно, этотъ «дебитъ»; не вводите инструмента, не имѣя для этого достаточныхъ основаній, не бывъ увѣреннымъ, что полезнымъ результатомъ, котораго вы достигнете, перевѣсится вредъ отъ раздраженія, неизбѣжнаго при введеніи инструмента. Дѣйствуя согласно этому принципу, вы изберете такіе инструменты, которые, какъ вамъ извѣстно изъ опыта или другимъ какимъ либо путемъ, производятъ наименьшее раздраженіе. Это приводитъ меня къ обсужденію разницы между твердыми и гибкими или эластическими инструментами, къ очень деликатному вопросу, какъ вы сейчасъ увидите.

Дѣло въ томъ, что нѣсколько лѣтъ тому назадъ, никто такъ горячо не защищалъ, какъ я, преимущество твердыхъ инструментовъ надъ гибкими; традиціи нашей школы, подъ вліяніемъ которыхъ я былъ, склонялись всѣ въ пользу твердыхъ инструментовъ. Одинъ изъ нашихъ величайшихъ учителей, умершій 20 лѣтъ тому назадъ, человѣкъ, который давалъ направленіе современной школѣ и подъ чьимъ руководствомъ получили образованіе почти всѣ старшіе изъ насъ, однимъ словомъ Листонъ, очень рѣзко высказывался въ пользу твердыхъ инструментовъ. Теперь прошелъ ровно 21 годъ (1867 г.) съ тѣхъ поръ, какъ я въ этой самой залѣ слушалъ его лекціи объ этомъ предметѣ. Его энергическая защита серебрянныхъ инструментовъ и очень низкая оцѣнка другихъ, были всѣмъ извѣстны. Усвоивъ такіе взгляды, относясь нѣкоторое время къ Листону, какъ оракулу, что мы дѣлаемъ, до извѣстной степени для всѣхъ, кто насъ хорошо учитъ, я былъ рѣшительно на сторонѣ твердыхъ инструментовъ и противъ гибкихъ.

Но есть вещь, стоящая значительно выше какого бы то ни было оракула—это широкая, личная опытность; она то и научила меня признавать гибкій инструментъ наилучшимъ при леченіи съуженія и вообще всѣхъ болѣзней мочеваго канала, конечно усвоивъ сначала хорошо способъ его употребленія.

Я такъ увѣренъ въ этомъ, и могу сказать безъ малѣйшаго колебанія, что если кому случится имѣть много дѣла съ по-

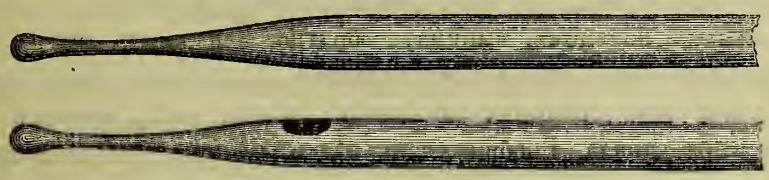
добными болѣзнями, то успѣхъ его будетъ вполнѣ зависѣть отъ употребленія гибкихъ инструментовъ преимущественно, а не твердыхъ. Если больному разъ ввести гибкій инструментъ, то ужъ онъ не подвергнется охотно введенію твердаго. Эти инструменты такъ мало причиняютъ ему безпокойства и почти не раздражаютъ его. Если продолжать мое коммерческое сравненіе, то увидимъ, что они крайне мало даютъ себя чувствовать на сторонѣ «дебита»; вы достигаете ими большихъ выгодъ и избѣгаете неудобства. Я признаюсь, что мои взгляды значительно измѣнились со времени выхода въ свѣтъ моего перваго труда объ этомъ предметѣ.

Я дѣлаю это сравненіе нисколько не стѣсняясь; мнѣ кажется, что невозможно прожить, не измѣнивъ такъ или иначе своихъ убѣжденій. Чтобы вы не взяли, политику, религію или нашу профессію, если мы держимся тѣхъ же мнѣній въ 40 лѣтъ, какія были у насъ въ 20, скажу больше—если въ 60 лѣтъ наши мнѣнія тѣже, что были и въ 40, то мы жили для очень немногаго. Несправедливо ждать отъ людей, свободно мыслящихъ, неизмѣнности мнѣній впродолженіе всей ихъ жизни, къ какой бы сферѣ ни относилось ихъ преподаваніе. Вы должны расчитывать на то, что эти люди идутъ впередъ, точно также, какъ вы теперь, надѣюсь, подвигаетесь впередъ; иначе они сдѣлались бы дурными преподавателями. Я сказалъ все это, зная, какъ много можно было бы привести изъ того, что говорилось мною 15 лѣтъ тому назадъ, въ противорѣчіе съ тѣмъ, что я говорю теперь. Если бы я не объяснился, вы могли бы спросить, почему отдавая прежде всѣ преимущества серебряннымъ инструментамъ, теперь я весь на сторонѣ другихъ. Вы знаете почему: я теперь лучше изучилъ дѣло.

Есть два рода гибкихъ инструментовъ, англійскіе и французскіе. Такъ какъ послѣдніе обладаютъ большею гибкостью, то я часто предпочитаю ихъ. Мнѣ кажется, что надо прибавить нѣсколько словъ къ тому, о чемъ только что шла рѣчь. Именно, гибкіе инструменты теперь гораздо лучше, чѣмъ они были во времена Листона; и я думаю можно утверждать, не дѣлая рискованной догадки, что если бы Листонъ прожилъ дольше, онъ измѣнилъ бы свои взгляды въ этомъ отношеніи. Вотъ гибкій инструментъ, который былъ въ большомъ ходу въ его время; этотъ бужъ просто родъ восковой свѣчки, по

моему мнѣнію дѣйствительно очень несовершенный инструментъ. Вы конечно можете дать ему любую кривизну нагрѣвая его, но вообще говоря онъ стоитъ гораздо ниже того, который мы имѣемъ въ настоящее время. Гуммиэластическій или англійскій гибкій бужъ очень цѣнится по одному обладаемому имъ качеству, котораго нѣтъ во французскомъ инструментѣ, а именно: если вы дадите ему извѣстную форму въ нагрѣтомъ состояніи, то онъ удерживаетъ ее, остывши. Если нужна малая кривизна, то я опускаю бужъ въ теплую воду, придаю ему требуемую кривизну, затѣмъ кладу его въ холодную воду; данная кривизна и останется. Французскіе инструменты крайне гибки, вы легко можете обвертывать ихъ вокругъ пальцевъ. Они имѣютъ еще другое цѣнное качество, именно особенную форму верхушки. Истонченная верхушка бужа часто была бы неудобна для уретры, такъ какъ она легко можетъ попасть въ ту или другую лакуну слизистой оболочки; было бы очень важно избѣжать этого, и дѣйствительно это часто избѣгается, благодаря остроумной формѣ бужа, именно маленькому оливчатому утолщенію на его верхушкѣ (см. рис. 4).

Рис. 4.



Оливчатый бужъ и зондъ.

Длинная верхушка бужа, подъ защитою оливы, чрезвычайно вѣрно и легко проникаетъ въ мочевой каналъ, здоровый, или не слишкомъ съуженный. Подобный инструментъ часто безъ труда вводится самимъ больнымъ. Дѣйствительно, благодаря употребленію такихъ инструментовъ, «хирургія становится слишкомъ легкой». Какой хотите новичекъ навѣрно введетъ этотъ бужъ въ 9 случаяхъ изъ 10, хотя быть можетъ это и не удастся ему въ 10-мъ. Это замѣчательный образчикъ англійскаго консерватизма, что такъ у немногихъ находятся эти бужи. Однакоже, наконецъ, ихъ начали дѣлать и у насъ. Прежде приходилось посылать за ними въ Парижъ, но съ уве-

личеніемъ запроса они стали приготовляться и въ Англіи. Если вы сдѣлаете опытъ на себѣ, то убѣдитесь, что этотъ бужъ идетъ чрезъ уретру почти не давая чувствовать себя; при употребленіи его вовсе не нужно знанія канала.

Рискуя показаться вамъ пародоксальнымъ, я долженъ сказать, что вводя инструменты въ уретру, вы обязаны забыть объ ея анатоміи. Вы изучаете анатомію мочеваго канала, и весьма важно знать ее; но вводя инструментъ, забудьте всевозможныя области. Не думайте о глубокой фасціи, о перепончатой части, о compressor urethrae. Твердый инструментъ особенно опасенъ въ рукахъ анатома; онъ будетъ двигать инструментомъ въ томъ направленіи, которое покажется ему вѣрнымъ, какъ будто бы всѣ мочевые каналы одной и той же формы, и не видоизмѣняются также, какъ напр. носы, или другія части.

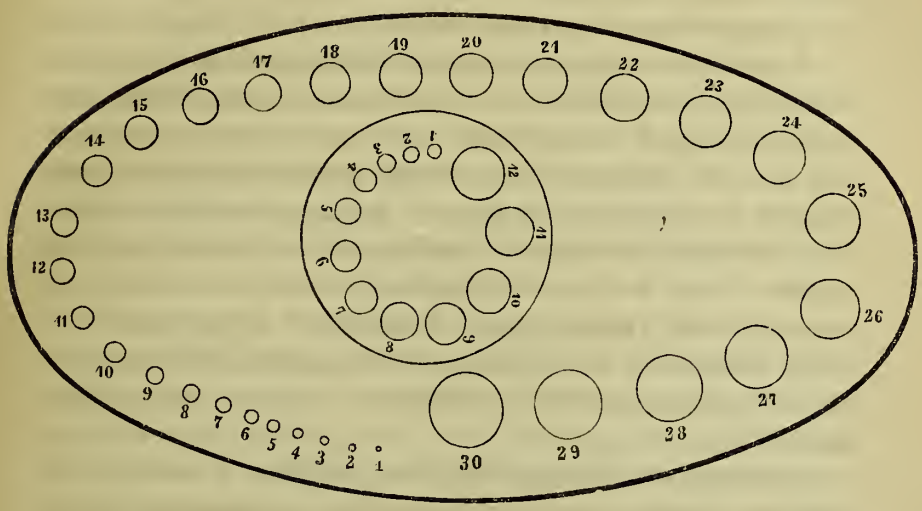
Это прежде было поводомъ предпочитать металлическіе инструменты; говорилось: «знайте точно анатомію и согласно съ нею вводите инструментъ». Но я глубоко жалѣю больнаго, въ тѣло котораго будетъ вталкиваться твердый инструментъ знатокомъ анатоміи. Вамъ нуженъ инструментъ, который допускалъ бы наибольшую нѣжность въ употребленіи его, который можно было бы легко держать между большимъ и указательнымъ пальцемъ, вынимать обратно, или давать другое направленіе, коль скоро почувствуется препятствіе. Ваша рука должна быть привычна для тонкой оцѣнки инструментомъ характера канала. Вообще очень рѣдко, въ практикѣ вамъ придется проводить твердый бужъ.

Если вы желаете соединить maximum расширенія и minimum раздраженія, то вашъ выборъ безъ сомнѣнія долженъ остановиться на гибкомъ бужѣ.

Есть еще одно обстоятельство, которымъ отличаются бужи французскіе отъ англійскихъ,—это ихъ скалы. Англійскіе №№ идутъ отъ 1 до 12. Достигнувъ № 12, вы считаете расширеніе оконченнымъ. Къ сожалѣнію въ Англіи нѣтъ однообразной скалы, всѣ наши мѣры очень произвольны; одинъ мастеръ имѣетъ одну скалу, а другой совсѣмъ другую; Шотланская скала отличается на $1^1/_2$ номера отъ Англійской, такъ что больной, которому вводятъ бужъ № 12 шотландскій, имѣетъ всего № $10^1/_2$ по англійскому. Наши сосѣди по ту сторону канала,

употребляютъ болѣе точное дѣленіе на милиметры; номеръ бужа представляетъ точную его величину, такъ что если назвать номеръ бужа вторымъ, то этимъ вполнѣ опредѣляется калибръ или просвѣтъ канала. Вмѣсто двѣнадцати номеровъ французы имѣютъ тринадцать нумеровъ (см. рис. 5), они начинаютъ ниже и оканчиваютъ выше, чѣмъ мы, и переходъ отъ номера

Рис. 5.



Снаружи представлена французская скала, а внутри англійская.

къ номеру, идутъ болѣе постепенно. Этимъ можетъ быть уменьшено раздраженіе отъ введенія бужей. Такъ напр., вы можете легко ввести, положимъ № 4 англійскій, а № 5 идетъ съ трудомъ, или совсѣмъ не идетъ, тогда какъ промежуточный номеръ могъ бы быть надлежащаго калибера.

Французскіе номера отъ 3 до 21, почти равняются англійскимъ отъ 1—12; вы видите до какой степени они идутъ болѣе постепенно. № 1 имѣетъ одинъ милиметръ въ окружности, № 2—2 мм. и т. д.; такимъ образомъ наростаніе калибера также однообразно, какъ и постепенно. Если я ввожу больному бужъ № 21, то это значитъ, что его мочеиспускательный каналъ допускаетъ введеніе инструмента имѣющаго 21 милиметръ въ окружности, или, что тоже самое, 7 мили-

метровъ въ діаметрѣ. Въ этомъ отношеніи, какъ и въ другихъ, я совѣтую вамъ быть космополитами, и пользоваться улучшеніями отовсюду.

Я сказалъ вамъ, что *простое расширеніе* состоитъ въ введеніи, каждые 2 или 3 дня, болѣе толстаго бужа, пока не будетъ достигнутъ самый высокій номеръ. Во многихъ случаяхъ дѣло идетъ хорошо сначала, до самаго конца. Тогда вы научаете больнаго самаго вводить бужъ, и онъ дѣлаетъ это впослѣдствіи разъ въ мѣсяцъ, или разъ въ 6 недѣль, для поддержанія достаточнаго калибера канала.

Я коснусь коротко *«постояннаго расширенія»*, при которомъ бужъ оставляется на продолжительное время. Предъ вами больной, который съ успѣхомъ былъ подвергнутъ такому способу леченія. Предположимъ, что вы попробовали простое расширеніе и не достигли желаемыхъ результатовъ; или, что занятія больнаго заставляютъ прибѣгнуть къ болѣе быстрому леченію. Тогда вы говорите больному: «если вы можете остаться 10 или 14 дней дома, непремѣнно въ постели, спокойно лежа, то я почти навѣрное введу вамъ №№ бужей отъ самыхъ низкихъ до самыхъ высокихъ», путемъ «постояннаго расширенія».

При простомъ расширеніи бужъ вводится и тотчасъ вынимается обратно; при постоянномъ онъ оставляется въ каналѣ на нѣсколько дней. Вы вводите тонкій катетеръ, если возможно изъ гумми-эластика; вводите его такъ, чтобы онъ только что входилъ въ пузырь; инструментъ долженъ быть настолько тонокъ, чтобы могъ войти легко и свободно лежать въ каналѣ. Если соблюдены эти три условія, (гибкій инструментъ, едва введенный въ пузырь и не выполняющій сполна просвѣтъ съуженія), то это самый вѣрный и лучшій способъ леченія съуженій. Нашъ больной только что испыталъ это леченіе; мой ассистентъ сообщилъ мнѣ, что сегодня онъ легко ввелъ больному № 11. Въ настоящее время у больнаго нѣтъ ни малѣйшихъ болей, ни учащеннаго мочеиспусканія, и онъ не чувствовалъ себя такъ хорошо, какъ теперь уже лѣтъ 20. Онъ говоритъ, что ему теперь такъ легко, какъ только это было когда либо въ его жизни; а онъ пришелъ сюда въ крайне дурномъ состояніи. Мы лечили его амбулаторно, но такъ какъ не было успѣха, то я предложилъ ему поступить къ намъ и

испытать постоянное расширеніе. Повторяю, что для успѣха необходимы три условія: вы должны имѣть гибкій инструментъ, конецъ его не вводить далеко въ пузырь, и онъ не долженъ тѣсно выполнять съуженіе. И помните, что это расширеніе не есть чисто механическій процессъ; тутъ вы не растягиваете съуженіе, какъ палецъ дамской перчатки, но оставляете лежать въ каналѣ постороннее тѣло.

Оставивъ № 1 на достаточное время, вы будете въ состояніи, вынувъ его, ввести № 10, не нуждаясь въ промежуточныхъ номерахъ. Это интересное явленіе было въ первый разъ найдено мною, по крайней мѣрѣ, я никогда не слыхалъ о немъ и не зналъ его, пока самъ не открылъ его. Въ практикѣ вамъ не придется оставлять надолго такого тонкаго инструмента, потому что струя мочи скоро вытолкнула бы его; необходимо будетъ замѣнить его другимъ потолще, который плотнѣе выполнялъ бы каналъ. Но мѣняя инструментъ, помните, что если вы введете слишкомъ толстый, какой только позволяетъ ввести съуженіе, то вы причините боль, раздраженіе и нарушите принципъ, который я развивалъ выше; тогда и результатъ будетъ менѣе удовлетворителенъ. При постоянномъ расширеніи, какъ и при простомъ, вы должны держаться такихъ пріемовъ, которые производятъ наименьшую боль и раздраженіе; отзываются, какъ можно меньше на сторонѣ *дебита*, и какъ можно больше на сторонѣ *кредита*. Послѣ того, какъ инструментъ былъ въ каналѣ оставленъ на 6, 8 или 10 дней, смотря по случаю, вы начнете вводить инструментъ, какъ при простомъ расширеніи, одинъ разъ чрезъ 2 или 3 дня; затѣмъ вы будете постепенно увеличивать эти промежутки времени и постараетесь удержать, какъ можно дольше, объемъ съуженія достигнутаго калибра. Обыкновенно вамъ придется потерять одинъ или два номера сравнительно съ наивысшимъ номеромъ, котораго вы достигли постояннымъ расширеніемъ. Такъ, если былъ достигнутъ № 12, то вѣроятно вы удержите только № 9 или 10, но и это уже прекрасный калибръ для больнаго, который началъ съ № 1-го, и то можетъ быть съ трудомъ.

Очень часто, во время такого леченія больной начинаетъ лихорадить, но лихорадка рѣдко бываетъ значительна. Одинъ ознобъ, за которымъ слѣдуютъ жаръ и потъ, не составляютъ

еще достаточнаго повода для остановки леченія. Эти явленія даже часто наступаютъ по окончаніи вставленія бужа, чрезъ одинъ или два дня послѣ того, какъ больной начинаетъ мочиться безъ инструмента. Если существуютъ застарѣлыя органическія болѣзни мочеточниковъ и почекъ, какъ результатъ стараго узкаго съуженія, тогда постоянное расширеніе можетъ вызвать тяжелые и опасные припадки; но при этихъ условіяхъ всякое механическое леченіе сопряжено съ рискомъ.—Наконецъ въ нѣкоторыхъ немногихъ случаяхъ леченіе идетъ успѣшно, достигаются хорошіе результаты, но затѣмъ по окончаніи, все, что было достигнуто расширеніемъ, быстро утрачивается. Съуженіе канала появляется вновь. Ясно, что для такихъ случаевъ необходимъ другой способъ леченія, но не расширеніе. Этого предмета, который обнимаетъ оперативное леченіе съуженій, я коснусь въ слѣдующей лекціи.

ЛЕКЦІЯ Ш.

Съуженія мочеваго канала.

Вы не забыли, мм. гг., что въ прошлый разъ шла рѣчь о съуженіяхъ и леченіи ихъ обыкновеннымъ и постояннымъ расширеніемъ. Само собою разумѣется, что это леченіе предполагаетъ возможность введенія инструмента въ *пузырь*; очевидно, что если случай лечится расширеніемъ, все равно постояннымъ или простымъ, инструментъ долженъ проходить чрезъ съуженіе, иначе оно не будетъ расширяться. Но не всѣ съуженія такъ легко допускаютъ введеніе инструментовъ; часто случается, что при первой, второй, даже третьей попыткѣ, вы не введете инструмента въ съуженную часть, или введете только отчасти, или даже онъ совсѣмъ оставляетъ каналъ и входитъ въ ложный путь. Какъ бы то ни было, инструментъ не прошелъ чрезъ съуженіе и дальше въ пузырь. Эти трудные случаи будутъ сегодня предметомъ моего изложенія. Въ подобныхъ крайне тяжелыхъ обстоятельствахъ, отъ васъ потребуется все вниманіе, вся опытность, если она есть уже у васъ. Листонъ говорилъ, что изъ всѣхъ хирургическихъ операцій, нѣтъ ни одной до

такой степени трудной, требующей столько терпѣнія и вниманія, какъ проведеніе катетера чрезъ упорную и очень узкую стриктуру. Вы можете прочесть объ этомъ въ послѣднемъ изданіи его «Практической Хирургіи» (стр. 476), и едва ли я могу привести вамъ большій авторитетъ въ этомъ дѣлѣ.

Есть одно слово, которое часто употребляется для обозначенія трудныхъ съуженій, слово крайне неправильное, и которое должно быть выброшено, какъ можно скорѣе, изъ хирургическаго словаря. Съуженія того рода, о которомъ я говорю теперь, называются «непроходимыми». Что такое непроходимое съуженіе? Во первыхъ это вовсе не можетъ означать какого либо безусловнаго качества стриктуры, а скорѣе качество хирурга: съуженіе можетъ быть «непроходимо» для А, а Б можетъ провести чрезъ него инструментъ довольно легко. Во вторыхъ тутъ противорѣчіе въ словахъ. Стриктура есть *съуженіе* канала, а не запираніе (облитерація) его. Слѣдовательно долженъ быть просвѣтъ, а если онъ существуетъ, то должно быть и мѣсто для инструмента; этотъ просвѣтъ не можетъ быть «непроходимъ». Вопросъ сводится только къ величинѣ инструмента, и къ искусству или терпѣнію врача, вводящаго его. Съуженіе всегда допускаетъ теченіе чрезъ него мочи, въ большемъ или меньшемъ количествѣ; я признаю вѣрность аксіомы, впервые высказанной проф. Саймомъ, что если только моча проходитъ чрезъ стриктуру, то съ терпѣніемъ и вниманіемъ инструментъ также можетъ быть проведенъ чрезъ нее. Я прошу васъ вѣритъ этому ученію, хотя оно и не можетъ быть вѣрно по отношенію къ вамъ въ настоящую минуту, такъ какъ у васъ еще нѣтъ опытности, достаточной для проведенія инструмента чрезъ стриктуру во всѣхъ случаяхъ; если-бы вы могли сдѣлать это, то вамъ вовсе не нужно было-бы учиться у меня. Дѣйствительно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ введеніе инструмента крайне трудно, но при большей опытности вы убѣдитесь, что очень мало случаевъ, гдѣ оно невозможно. При леченіи съуженія, если вы имѣете дѣло съ очень труднымъ случаемъ, огромная разница будетъ въ томъ, дѣйствуете ли вы съ убѣжденіемъ, что неудача зависитъ отъ вашей собственной вины, или же, напротивъ, вы придерживаетесь взгляда, что существуетъ извѣстное число стриктуръ, которыя «непроходимы» для всѣхъ хирурговъ. Человѣкъ, который держит-

ся послѣдняго воззрѣнія, почти навѣрно потерпитъ неудачи въ нѣкоторыхъ случаяхъ, а другой, который убѣжденъ, что инструментъ во всѣхъ случаяхъ можетъ быть введенъ, если только будетъ потрачено на это достаточно времени и терпѣнія, такой врачъ будетъ имѣть успѣхъ во всѣхъ случаяхъ, или по крайней мѣрѣ будетъ имѣть больше успѣховъ. О «непроходимыхъ» съуженіяхъ теперь не говорятъ такъ много, какъ лѣтъ 20 тому назадъ; тогда въ нихъ очень вѣрили, и въ больницахъ часто можно было видѣть операцію, которая предпринималась въ такихъ случаяхъ; теперь она дѣлается гораздо рѣже. Операція состояла въ введеніи толстаго инструмента до мѣста съуженія и въ вскрытіи канала подъ нимъ со стороны промежности; затѣмъ операторъ доходилъ, на сколько возможно было, чрезъ съуженіе до канала, позади перваго. При этомъ въ рѣдкихъ случаяхъ удавалось слѣдовать настоящему пути; но какъ бы то ни было, разрѣзомъ пролагался путь для инструмента изъ канала передъ съуженіемъ, въ часть канала, лежащую позади съуженія, хотя и не особенно удачно. Во всѣхъ сочиненіяхъ того времени эта операція приводится для непроходимыхъ съуженій, подъ именемъ sectio perinealis. Мнѣ случалось дѣлать ее только три раза; въ двухъ случаяхъ были травматическія стриктуры; я полагаю, что необходимость этой операціи ограничивается крайне рѣдкими случаями. Выше я уже замѣтилъ, что проф. Саймъ впервые высказалъ этотъ взглядъ и постоянно защищалъ его энергически, съ видимою пользою для больныхъ, страдающихъ тяжелыми съуженіями.

Но вы можете встрѣтиться съ полною облитераціею мочеиспускательнаго канала, на нее нельзя уже смотрѣть какъ на съуженіе. Это случается наблюдать весьма рѣдко, и по преимуществу послѣ насилій, подѣйствовавшихъ на промежность, разрыва канала, поперечныхъ ранъ его, проникающихъ черезъ всю, или часть окружности канала. Если отверстіе остается проходимымъ, и вся моча вытекаетъ чрезъ него, то рубецъ затягиваетъ передній конецъ раздѣленнаго мочеваго канала, его просвѣтъ сполна замыкается и запустѣваетъ (облитерируется) впереди фистулы.

Какъ же должно поступать при очень узкомъ и трудномъ съуженіи? Я предполагаю, что въ вашемъ случаѣ, вы уже три или четыре раза пытались ввести инструментъ, но это не удалось. Прежде всего вы должны посмотрѣть, какъ больной мочится. Ваша

неудачная попытка ввести инструментъ можетъ зависѣть не отъ съуженія канала: можетъ быть здѣсь имѣется ложный ходъ, и вовсе нѣтъ съуженія. Бо̀льшихъ ошибокъ не дѣлается ни на комъ, какъ именно на больныхъ съ незначительными стриктурами, или даже вовсе ихъ не имѣющими. Подобныя ошибки зависятъ либо отъ неумѣнья хирурговъ обращаться съ инструментами, или отъ того, что имѣется ложный ходъ, въ который попадаетъ инструментъ и не можетъ идти дальше въ пузырь. Вы должны прежде всего узнать, какова струя мочи и по ней судить о калибрѣ инструмента, какой долженъ быть употребленъ. Всегда соразмѣряйте калибръ послѣдняго съ объемомъ струи мочи, которую вы увидите; инструментъ долженъ быть даже немного тоньше. Дѣйствительно извѣстно, что когда потокъ воды переходитъ въ болѣе узкое русло, чѣмъ то, по которому онъ шелъ, то онъ становится быстрѣе; а когда русло расширяется, то вода течетъ опять шире, такъ что объемъ струи, вытекающей изъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала не можетъ считаться точною мѣрою для калибра самой узкой части канала. Слѣдовательно, необходимо брать инструментъ немного тоньше струи мочи. Въ 10 палатѣ лежитъ больной, котораго видѣли нѣкоторые изъ васъ; онъ вовсе не мочится струею, моча выходитъ только по каплямъ. Какъ узокъ долженъ быть въ такомъ случаѣ инструментъ? По отношенію къ такимъ инструментамъ слѣдуетъ замѣтить, какъ вещь чрезвычайной важности, что нѣтъ для мочеваго канала болѣе опаснаго оружія, какъ очень тонкій катетеръ, если онъ примѣняется безъ соотвѣтствующаго вниманія, деликатности и нѣжности; дѣйствительно, нельзя не быть слишкомъ осторожнымъ при употребленіи его. Вы видите, что такимъ инструментомъ, который теперь у меня въ рукахъ, крайне легко войти въ лакуну слизистой оболочки, или въ ложный ходъ, или проткнуть его чрезъ мягкія стѣнки уретры въ окружающія ткани; введеніе такого инструмента непремѣнно требуетъ крайней легкости руки. Вы не должны крѣпко держать такой катетеръ, съ рѣшительнымъ намѣреніемъ пройти имъ чрезъ препятствіе; напротивъ того, надо держать его такъ легко, чтобы при встрѣчѣ съ какимъ либо ненормальнымъ препятствіемъ, онъ выскользнулъ бы изъ вашихъ пальцевъ; это лучше, чѣмъ ранить уретру. Конечно, я не совѣтую вамъ про-

бовать введеніе подобнаго инструмента, пока у васъ нѣтъ достаточной опытности съ болѣе толстыми инструментами. Въ трудныхъ случаяхъ, тонкій гумми-эластическій инструментъ рѣдко можетъ быть полезенъ, хотя иногда и удается пройти, во всякомъ случаѣ его надо сначала испытать. Я защитникъ въ принципѣ гумми-эластическихъ инструментовъ; но если вы имѣете дѣло съ крайне узкимъ съуженіемъ, и разъ или два тщетно старались ввести узкій эластическій катетеръ, то надо употребить серебряный инструментъ.

Я долженъ сказать нѣсколько словъ относительно силы при катетеризмѣ. *Ни при какихъ обстоятельствахъ не должно употреблять силы при проведеніи инструмента чрезъ съуженіе, или въ пузырь.* Прежде было предметомъ споровъ, на сколько можетъ быть примѣняема сила; еще раньше можно было слышать объ употребленіи инструментовъ съ крайнимъ насиліемъ. Я, съ своей стороны, убѣжденъ, что нельзя вовсе употреблять силы, и мнѣ кажется всѣ современные хирурги скажутъ то же самое. Конечно трудно опредѣлить, что должно разумѣть здѣсь подъ силой; но во всякомъ случаѣ вы должны помнить, что нельзя упирать инструментъ, давить на него на столько, чтобы онъ могъ выйти изъ канала; для этого было-бы достаточно уже небольшой силы. Чѣмъ труднѣе съуженіе, тѣмъ менѣе должно думать объ употребленіи насилія. Помните также, что уретра имѣетъ, можетъ быть, свой нормальный калибръ ниже съуженія, и потому найти отверстіе стриктуры становится очень труднымъ. При употребленіи силы, вы можетъ быть проколете мягкія стѣнки съ той или съ другой стороны, а разъ это произошло, случай становится еще труднѣе, такъ какъ при существованіи ложнаго хода конецъ инструмента имѣетъ гораздо болѣе наклонности вступать въ него, чѣмъ проходить въ стриктуру.

Не забудьте, что стриктура не непремѣнно слѣдуетъ, въ своемъ направленіи, оси канала; она можетъ быть извилиста; можетъ быть то съ одной, то съ другой стороны оси, а не непремѣнно по срединѣ. Иногда можно убѣдиться въ этомъ на трупѣ, и заключить тоже самое изъ опыта на живыхъ. Если вы имѣете дѣло съ очень узкимъ съуженіемъ, то возьмите серебряный инструментъ, который вы намѣрены ввести; не полагайтесь на то, что вамъ ощупью удастся найти отверстіе съуженія. Дѣйствіе

ощупью уже само по себѣ очень жалкое положеніе. Вы должны непремѣнно избрать извѣстный методъ, какой хотите, лишь бы только онъ исчерпывалъ собою всѣ возможные пріемы введенія инструмента чрезъ уретру. Нѣкоторые изъ васъ видѣли, какого плана я держался сегодня у однаго больнаго; мнѣ кажется это былъ наилучшій планъ. Вы должны дѣйствовать систематически, и вести вашъ инструментъ, начиная съ наружнаго отверстія мочеваго канала, то вдоль одной его стѣнки, то вдоль другой. Рисунокъ объяснитъ вамъ дѣло. Если я пойду по этой сторонѣ уретры, то не попаду въ съуженіе, но если я поведу инструментъ постепенно по другой сторонѣ, то вѣроятно онъ войдетъ въ съуженіе, такъ какъ вы видите, что на этой сторонѣ препятствія для этого меньше. Начинайте съ верхней стѣнки, она самая плотная и слѣдуя ей, вы всего скорѣе попадете въ съуженіе. Нижняя стѣнка, напротивъ того, самая мягкая, податливая, губчатая, она всего скорѣе уступитъ инструменту и прорвется. Если ваша первая попытка не удалась, то возьмите по правой сторонѣ; если тутъ не удастся, возьмите влѣво; если и это не приведетъ къ цѣли, тогда ведите инструментъ по нижней стѣнкѣ. Я не знаю другаго, болѣе пригоднаго способа, для выручения въ случаѣ труднаго съуженія. Если вы дѣйствуете осторожно, то такія попытки введенія инструмента могутъ длиться 20, 30 минутъ, безъ всякаго вреда; но если больной очень страдаетъ, если выходитъ много крови, или если вы начинаете терять терпѣніе, то оставьте дальнѣйшія попытки, иначе вы легко сдѣлаете ложный ходъ, и ухудшите случай въ десятеро.

Изложивъ вамъ все существенное относительно введенія инструмента въ очень узкое съуженіе, я перейду теперь къ тому случаю, когда существуетъ ложный путь. Само собою разумѣется, я предполагаю, что онъ сдѣланъ не вами; вы будете слишкомъ осторожны для этого; но можетъ случиться, что до васъ у больнаго были уже другіе врачи, кто нибудь изъ нихъ могъ сдѣлать ложный ходъ. Или, какъ въ настоящемъ случаѣ, гдѣ больной самъ сдѣлалъ себѣ ложный путь; въ этомъ не можетъ быть сомнѣнія, потому что больной самъ ввелъ себѣ толстый инструментъ, и прошелъ имъ въ *прямую кишку*. Этотъ больной пытался лечить себя отъ съуженія бужомъ № 9 или 10, и этимъ бужемъ, вышедши изъ уретры, прорвалъ всѣ

ткани между нею и прямою кишкой. Пришедши, какъ амбулаторный больной, онъ жаловался только на ту бездѣлицу, что каждый разъ, вводя бужъ въ пузырь, онъ вынималъ съ нимъ кусочки экскрементовъ. Ясно, что бужъ вовсе и не достигалъ пузыря. Подозрѣвая, въ чемъ тутъ дѣло, я положилъ больнаго на спину, изслѣдовалъ его, и мои догадки подтвердились; теперь больной находится въ одной изъ моихъ палатъ. Я дѣлалъ двѣ продолжительныя попытки, и сегодня ввелъ въ пузырь серебрянный катетеръ № 1. Вы понимаете, до какой степени ложный ходъ долженъ затруднять введеніе инструмента; оно возможно только подъ тѣмъ условіемъ, если *избѣгать той стороны канала, на которой находится ложный путь.* Ложные пути начинаются обыкновенно на нижней стѣнкѣ, безъ всякаго сомнѣнія на основаніи причинъ, объясненныхъ выше, вслѣдствіе большей податливости тканей снизу, чѣмъ сверху канала.

Если изслѣдовать больнаго съ ложнымъ ходомъ, то можетъ случиться, что катетеръ войдетъ до самаго конца, и все таки не выйдетъ ни капли мочи. Изъ этого прежде выводили ложное заключеніе о существованіи съуженія шейки пузыря. Если вашъ инструментъ вошелъ такъ далеко, то введите палецъ въ прямую кишку и вамъ тотчасъ-же станетъ ясно, что есть ложный ходъ; именно, вы почувствуете инструментъ крайне отчетливо, такъ какъ между нимъ и вашимъ пальцемъ будутъ лежать только тонкія стѣнки кишки; вмѣстѣ съ тѣмъ вы обыкновенно замѣтите, что инструментъ не располагается на срединной линіи, а отклоняется то вправо, то влѣво. Если-же инструментъ находится на истинномъ пути, то между нимъ и вашимъ пальцемъ будетъ лежать вся толщина предстательной желѣзы, не всегда очень значительная, но все таки достаточная для того, чтобы убѣдить васъ, что вы не сбились съ настоящаго пути. Инструментъ оставляетъ уретру почти всегда въ луковичной части и направляется подъ простату. Если вы нашли это, то надо вынуть катетеръ, на 2 дюйма или около того, и затѣмъ вводить его опять, держась какъ можно ближе верхней стѣнки канала и въ тоже время убѣждаясь пальцомъ изъ прямой кишки, что инструментъ не входитъ опять въ прежній путь. Онъ будетъ стремиться къ этому, ему будетъ гораздо легче вступить въ ложный ходъ, чѣмъ идти по истинному пути. Мнѣ кажется, что теперь вы достаточно знаете

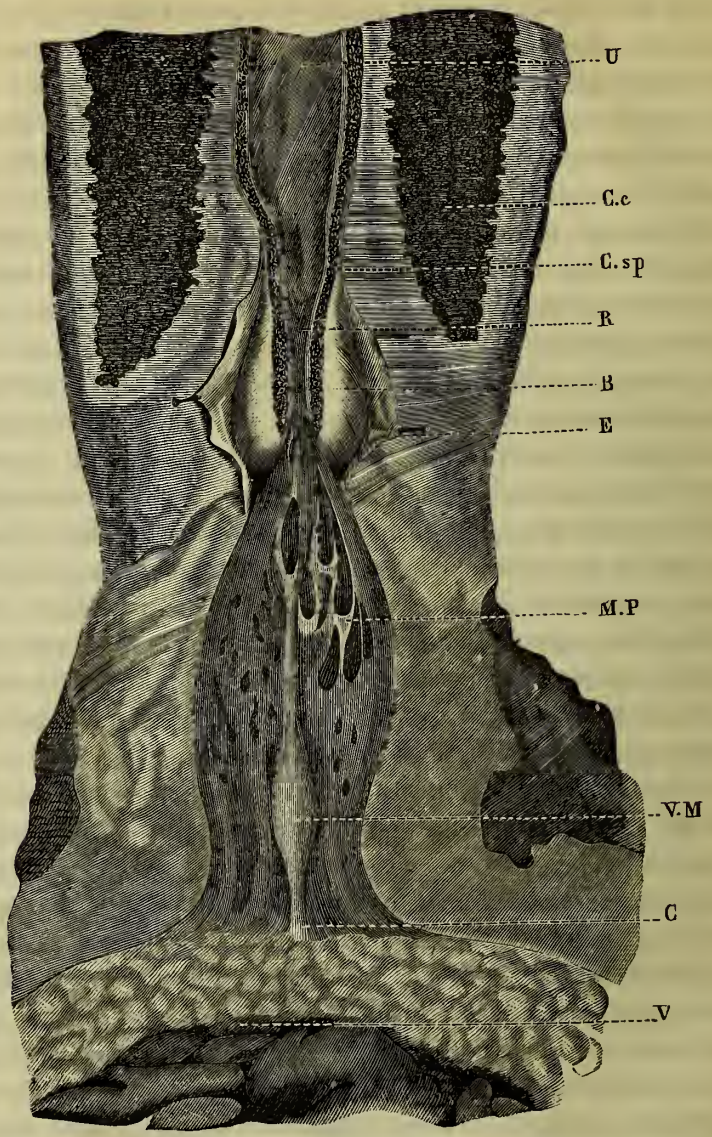
объ этомъ предметѣ; я далъ вамъ только общія указанія, а все остальное должна дать вамъ практика. Къ намъ очень часто поступаютъ больные съ ложными путями, и вы не разъ будете имѣть случай увидѣть, какъ лежитъ катетеръ, попавшій въ ложный путь; какимъ тонкимъ представляется пальцу, введенному въ прямую кишку, слой тканей между нимъ и инструментомъ, а съ другой стороны, при правильномѣ введеніи инструмента вы будете чувствовать толщину предстательной желѣзы. Все это можно узнать только осязаніемъ, но никакъ не одними разсужденіями.

Я долженъ еще сказать о впрыскиваніи масла. Если вамъ приходится имѣть дѣло съ очень узкимъ съуженіемъ, то вмѣсто того, чтобы намазывать инструментъ, для начинающаго очень хорошо впрыснуть въ уретру половину или цѣлый унцъ оливковаго масла, крѣпко зажимая конецъ спринцовки въ губахъ наружнаго отверстія мочеваго канала. Легко прогнать чрезъ очень узкую стриктуру это количество масла; оно дѣлаетъ части болѣе скользкими, а иногда каналъ даже растягивается масломъ, такъ что, придержавъ отверстіе его между указательнымъ и большимъ пальцами, вы можете ввести инструментъ, что вамъ не удавалось безъ этого пріема; способъ этотъ заслуживаетъ вполнѣ вниманія и непримѣнимъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда есть сильное кровотеченіе или разорваны ткани. Но если нѣтъ такихъ усложненій, то иногда можно воспользоваться съ успѣхомъ этимъ впрыскиваніемъ масла.

И такъ предположите, что слѣдуя всѣмъ изложеннымъ указаніямъ, вы провели бужъ чрезъ съуженіе; вы узнаете это по особенному ощущенію, въ которомъ нельзя ошибиться и почувствуете, что вашъ бужъ плотно обхваченъ. Это ощущеніе всегда будетъ пріятно для васъ, такъ какъ чувствуя катетеръ «обхваченнымъ» стриктурою, вы будете увѣрены въ томъ, что прошли чрезъ нее. Однакоже это самое «обхватываніе», которое такъ пріятно чувствовать, дѣлаетъ болѣе труднымъ управлять дальнѣйшимъ движеніемъ конца зонда послѣ того, какъ онъ прошелъ чрезъ съуженіе; между тѣмъ опасности могутъ встрѣтиться въ мочевомъ каналѣ и позади съуженія. Такъ, слизистая оболочка часто принимаетъ видъ сѣти вслѣдствіе расширенія ея лакунъ; весьма легко попасть концомъ инструмента въ ту или другую лакуну и сдѣлать ложный ходъ. Ни-

когда не употребляйте силы, даже пройдя съуженіе; подвигайтесь осторожно и спокойно въ пузырь. Рис. 6 хорошо поясняетъ вамъ то состояніе канала, о которомъ сейчасъ шла рѣчь.

Рис. 6.



Мочеиспускательный каналъ съ очень узкимъ съуженіемъ и позади него расширенныя перепончатая и простотическая части канала. U. мочевой каналъ. C.c. пещеристыя тѣла. C.sp. Губчатый покровъ мочеваго канала. R. съуженіе. B. bulbus urethr. M.P. перепончатая и простотическая части канала съ многочисленными углубленіями. V.M. verumontanum. V. мочевой пузырь.

Будемте слѣдить за нашимъ случаемъ дальше. Предположите, что наконецъ катетеръ введенъ въ пузырь, хотя послѣ большихъ трудовъ. Вы не должны вынимать инструмента обратно; вы скажете: «довольно было труда ввести его, я оставлю его пока à demeure». Поступить такъ совершенно безопасно, хотя бы даже съ металлическимъ инструментомъ; онъ можетъ остаться въ каналѣ 48, 72 часа; не торопитесь вынимать инструмента, если больной чувствуетъ себя хорошо. Вамъ крайне трудно было-бы приступить снова къ вашей задачѣ; это было-бы также тяжело и для больнаго. И такъ оставьте катетеръ на три дня, тогда вамъ легко будетъ замѣнить его гумми-эластическимъ инструментомъ. Вы подвигаетесь дальше путемъ «постояннаго» расширенія, какъ это было описано выше, и увеличиваете постепенно калибръ эластическаго инструмента. Такимъ образомъ вы дойдете, быть можетъ, до № 10 и будете вправѣ сказать больному, что достигли многаго; однакоже, спустя 10 дней или около того, къ вашему величайшему огорченію можетъ случиться, что съуженіе опять не будетъ пропускать сколько нибудь толстыхъ нумеровъ, а всего только № 2 или 3. Тогда станетъ ясно, что вы имѣете дѣло съ «упорною», «сократительною» стриктурою; здѣсь вопросъ сводится уже не столько на калибръ, сколько на сократительность съуженія; оно идетъ назадъ и почти возвращается къ тому состоянію, въ какомъ было сначала; вамъ удается ввести теперь только № 3. Было-бы безполезно пробовать опять расширеніе. Для этихъ-то исключительныхъ случаевъ остаются другіе способы леченія. Вы должны понять, что у васъ можетъ быть очень узкая стриктура, но все-же ее можно расширить; разъ достигнутое расширеніе остается въ этомъ видѣ. Съ другой-же стороны вы можете встрѣтиться съ стриктурою, которая легко будетъ пропускать даже № 5 или 6 катетера, а больной будетъ едва мочиться по каплямъ и, чтобы вы не дѣлали, вамъ не удастся расширить такое съуженіе больше, какъ на одинъ, или два номера. У насъ былъ въ палатахъ подобный случай. № 6 проходилъ чрезъ съуженіе, а больной не могъ мочиться, пока я не сдѣлалъ операціи. Эти сократительныя стриктуры были съ незапамятныхъ временъ пыткою для хирурговъ. Если взять лѣтописи хирургіи за сотни лѣтъ, то вы увидите, что подобные случаи истощали уже тогда все остроуміе хирурговъ. Всевоз-

можные пріемы употреблялись для преодолѣнія трудностей такихъ случаевъ. Я не могъ бы перечислить вамъ и половины тѣхъ средствъ, которыя вводились въ мочевой каналъ человѣка, съ цѣлію излеченія подобныхъ съуженій. Я думалъ, что только желудку было суждено принимать въ себя самыя грубыя вещи, больше, чѣмъ какому бы то ни было другому резервуару въ человѣческомъ тѣлѣ. Но если вы просмотрите старыхъ хирургическихъ авторовъ, или даже нѣкоторыя новыя сочиненія, то увидите, что съ мочевымъ каналомъ обращались также грубо. Сабина, соли всевозможныхъ металловъ, всевозможныя раздражающія средства, самыя мучительныя—все это примѣнялось для леченія тѣхъ упорныхъ съуженій, о которыхъ идетъ рѣчь. Я почти не нахожу нужнымъ напоминать вамъ, что въ наше время нѣкоторые хирурги употребляли азотно-кислое серебро и ѣдкое кали—далеко не нѣжныя средства. Весь вопросъ о химическихъ раздражителяхъ по отношенію къ съуженіямъ я позволю себя рѣшить въ слѣдующихъ словахъ: «я нахожу, что эти средства вовсе не нужны, не желательны и часто вредны». Большинство современныхъ хирурговъ, какъ въ Англіи, такъ и на материкѣ высказались противъ употребленія ѣдкихъ и раздражающихъ средствъ при леченіи съуженій. Впрочемъ я долженъ сказать вамъ, что они имѣютъ еще нѣкоторыхъ защитниковъ; но какая-же система не имѣетъ ихъ? Я не буду больше останавливаться на этомъ вопросѣ.

Что же намъ остается? Различные механическіе способы: мы можемъ разорвать съуженіе, растянуть его до нельзя, или же перерѣзать тѣ неподатливыя сократительныя волокна, которыя образуютъ стриктуру. Уретротомія, т. е. раздѣленіе съуженной части ножомъ той или другой формы, должна считаться, можетъ быть, лучшимъ способомъ для леченія подобныхъ случаевъ. Различаютъ два рода уретротомій: наружную и внутреннюю; первая дѣлается со стороны промежности; вторая—ножомъ или другимъ какимъ либо инструментомъ, введеннымъ въ мочевой каналъ.

Я буду говорить сначала о *внутренней уретротоміи*. Существуютъ два способа ее исполнить: можно разрѣзать съуженіе спереди назадъ, или сзади напередъ; послѣдній методъ

наиболѣе употребителенъ, какъ болѣе вѣрный и безопасный, чѣмъ операція въ противоположномъ направленіи.

Допустите, что вы имѣете съуженіе въ наружномъ отверстіи канала, или вблизи его; это мѣсто канала очень неподатливо. Вы вводите инструментъ такого рода, какъ теперь у меня въ рукахъ — узкій скрытый ножичекъ (bistouri caché) (рис. 7), выдвигаете лезвее и тянете инструментъ къ себѣ, причемъ разрѣзываете съуженіе.

Рис. 7.

Скрытый бистури Сивіаля.

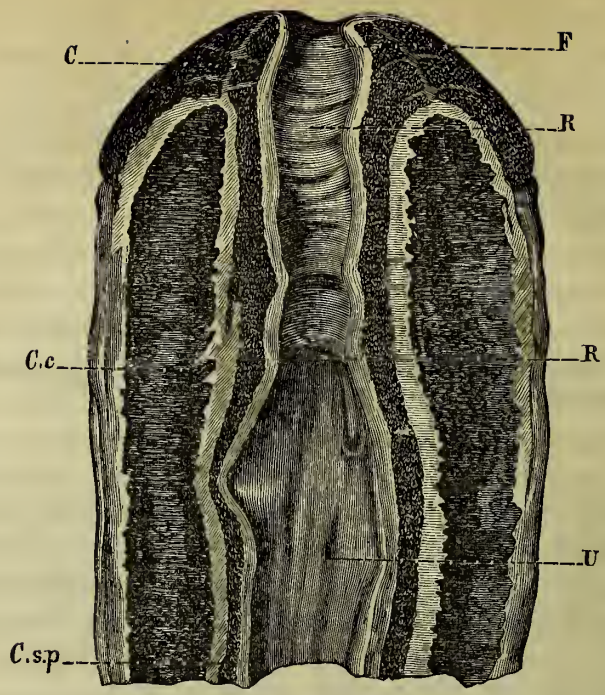
Ничего не можетъ быть проще. Помощію винта въ этомъ инструментѣ вы можете заставить лезвее выходить больше или меньше. Надо дѣлать разрѣзъ побольше, что совершенно безопасно. Можно принять за правило, что чѣмъ ближе лежитъ съуженіе къ отверстію мочеваго канала, тѣмъ больше необходимость разрѣзать его, и тѣмъ это безопаснѣе.

Чѣмъ дальше съуженіе отъ отверстія, тѣмъ, говоря вообще, меньше необходимость разрѣза, и тѣмъ больше увеличивается рискъ. Всѣ съуженія у наружнаго отверстія и на три дюйма отъ него, которыя не уступаютъ расширенію, какъ это обыкновенно бываетъ,—должны быть разрѣзываемы. Вы можете расширить стриктуру, но результатъ будетъ временный; разрѣзать-же такое съуженіе легко и вполнѣ безопасно. Прилагаемое изображеніе (рис. 8), однаго относящагося сюда препарата объясняетъ вамъ состояніе, о которомъ идетъ рѣчь. Послѣ того, какъ вполнѣ было доказано существованіе съуженій, они были вскрыты и, благодаря этому, просвѣтъ ихъ кажется гораздо больше, чѣмъ было въ дѣйствительности при жизни.

Что касается съуженій на разстояніи пяти дюймовъ отъ отверстія канала, то причина риска при разрѣзѣ ихъ лежитъ въ присутствіи большаго слоя эректильной ткани на этомъ мѣстѣ канала.

Въ моей 16-ти или 17-ти лѣтней практикѣ, отъ подобныхъ операцій, какъ въ госпитальной, такъ и въ частной дѣятельности,

Рис. 8.



Рядъ съуженій. F, fossa navicutaris. R.R. съуженія. U. нормальная уретра. C. glans. C.c. corpus covernosum. C.sp. corpus spongiosum urethrae.

я потерялъ только одинъ случай послѣ внутренней уретротоміи;а у меня было очень много случаевъ, не могу сказать, сколько именно, но около двухсотъ. Иногда послѣ операціи является сильная лихорадка, что бываетъ рѣдко; еще рѣже происходитъ воспаленіе мочеваго пузыря; само собою разумѣется, что здѣсь многое зависитъ отъ того, какъ сдѣлана операція. Единственный случай смерти, о которомъ я упомянулъ, былъ въ моихъ палатахъ въ прошломъ году (1871). Я сдѣлалъ операцію, какъ послѣднее средство, къ которому можно было прибѣгнуть; вскрытіе показало столь значительныя, сильно развитыя измѣненія въ мочеточникахъ и почкахъ, что я нисколько не былъ удивленъ исходомъ болѣзни.

Если что удивляло меня, такъ это—крайняя безопасность уретротоміи; сначала я полагалъ, что она далеко не свободна отъ риска, и я колебался производить ее, за исключеніемъ са-

мыхъ серьезныхъ случаевъ. Теперь, съ моею настоящею опытностію, я вовсе не боюсь уретротоміи, она почти совершенно безопасна. Понятно, что я разумѣю только тотъ способъ операціи, который я употребляю и подробно опишу въ слѣдующей лекціи.

Наружная уретротомія извѣстна подъ именемъ операціи Сима. При ней необходимо ввести узкій, № 2, желобоватый зондъ, какъ путеводитель черезъ съуженіе въ пузырь; затѣмъ дѣлается разрѣзъ на промежности по срединной линіи, какъ при lithotomia mediana, и стриктура совершенно раздѣляется, свободными разрѣзами, направленными къ жолобу зонда. Инструментъ этотъ, имѣющій сначала ширину № 10, вдругъ при концѣ переходитъ въ стержень, толщиною № 2, такъ что образуются какъ бы «плечи», которые упираются въ передній конецъ съуженія и руководятъ хирурга при разрѣзѣ. Болѣе узкая часть инструмента, какъ сказано, имѣетъ желобокъ; въ инструментѣ долженъ идти отъ ручоятки узкій каналъ, оканчивающійся у желобка отверстіемъ, чтобы допустить истеченіе небольшаго количества мочи; это покажетъ, что инструментъ введенъ правильно. Эта операція теперь производится рѣдко, гораздо рѣже, чѣмъ 12 — 15 лѣтъ тому назадъ; ее замѣнили другія; однакоже иногда она дѣлается и теперь, главнымъ образомъ въ случаяхъ, когда стриктура осложняется старыми, большими фистулами промежности, которыя должны быть вскрыты. Послѣ операціи вводится эластическій катетеръ на 48 часовъ и впослѣдствіи, для поддержанія надлежащаго калибра канала, долженъ вводится время отъ времени эластическій бужъ.

Для успѣха операціи существенно необходимо, чтобы проводникъ достигъ пузыря, чтобы съуженная часть уретры была хорошо разрѣзана и чтобы во время заживленія раны вводился толстый бужъ, для предупрежденія послѣдовательнаго сокращенія просвѣта канала. Ошибка, которую я всего чаще видѣлъ при этой операціи, состоитъ въ томъ, что продолжаютъ разрѣзъ слишкомъ далеко назадъ къ пузырю и оставляютъ нераздѣленными нѣкоторыя волокны стриктуры впереди.

Теперь мы перейдемъ къ способу *разрыва* (ruptura, divulsio). Вотъ инструментъ, которымъ мы обязаны Гольту, изъ Вестминстерскаго госпиталя. Онъ сдѣлалъ этого хирурга извѣст-

нымъ, хотя двадцать лѣтъ прежде Гольта, этотъ инструментъ былъ предложенъ въ Парижѣ докторомъ Перевомъ, который употреблялъ его главнымъ образомъ, для простаго расширенія.

Гольтъ употребляетъ его иначе *). Онъ проводитъ его чрезъ стриктуру, и затѣмъ, вмѣсто того, чтобы вводить чрезъ извѣстные промежутки времени рядъ трубокъ возрастающаго калибра, Гольтъ сразу беретъ самую толстую трубку и вталкиваетъ ее въ уретру по центральному проводнику; этимъ сразу разрывается все, что есть на пути инструмента. Гольтъ не оставляетъ затѣмъ инструмента à demeure. Когда операція была только что предложена, я былъ далеко не въ пользу ея, по грубости пріема; но я видѣлъ нѣкоторые случаи Гольта вмѣстѣ съ нимъ въ Вестминстерскомъ госпиталѣ, теперь уже около 10 лѣтъ; и былъ пораженъ отсутствіемъ дурныхъ послѣдствій отъ такой операціи. Съ тѣхъ поръ я испытывалъ ее, и употребляю иногда, въ довольно рѣдкихъ случаяхъ, при существованіи двухъ или трехъ съуженныхъ мѣстъ въ каналѣ, чтобы сразу покончить со всѣми.

Но для большинства случаевъ разрывъ, по моему мнѣнію, слишкомъ грубый способъ; я предпочитаю тщательное раздѣленіе волоконъ стриктуры тонкимъ лезвіемъ; послѣдній способъ, мнѣ кажется, даетъ наилучшіе и самые прочные результаты. Но извѣстно всеобщее предубѣжденіе противъ ножа; британская публика тоже не чувствуетъ къ нему особенной симпатіи и рада всему, что можетъ его замѣнить, что, впрочемъ, совершенно понятно. На этомъ основаніи не всегда возможно сдѣлать самое лучшее, а приходится довольствоваться тѣмъ, что всего ближе къ этому лучшему. Такъ и способъ разрыва окажетъ вамъ услугу въ тѣхъ случаяхъ, когда не удалось расширеніе.

---

*) Дилататоръ Перева состоитъ изъ трехъ частей:

1) Изъ металлическаго катетера, составленнаго изъ двухъ очень гибкихъ пластинокъ, соединенныхъ между собою внутренними концами;

2) Изъ металлическаго кондуктора, помѣщеннаго между двухъ пластинокъ катетера, и коего внутренній конецъ припаянъ къ внутреннему концу пластинокъ катетера;

3) Изъ металлической трубки, надѣваемой на кондукторъ, лежавшій между двухъ пластинокъ катетера.

Рис. 9.

Дилятаторъ Томсона.—Инструментъ состоитъ изъ двухъ металлическихъ пластинокъ, развидаемыхъ рычагомъ А. при помощи механизма D. находящагося въ рукояткѣ инструмента.—В. бѣгунокъ, назначенный для указанія глубины до которой дилятаторъ долженъ быть введенъ.—С. стрѣлка, указывающая на бляшкѣ степень раскрытія пластинокъ или створокъ дилятатора.

Описанная операція дала мнѣ нѣсколько лѣтъ тому назадъ мысль другаго способа, который я назвалъ *«насильственнымъ расширеніемъ»* стриктуры. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ: мой инструментъ имѣетъ двѣ створки, какъ и употребляемый Гольтомъ; они могутъ удаляться другъ отъ друга на значительное разстояніе въ одномъ мѣстѣ; дѣлать это можно, какъ угодно, медленно. На практикѣ я раздвигаю створки крайне медленно, чтобы какъ можно меньше рвать, и сколь возможно больше растягивать съуженіе. Надо не забыть слѣдующій фактъ: вы знаете, что луковичная часть канала, обыкновенное мѣсто съуженій,—есть въ тоже время наиболѣе растяжимая часть при нормальномъ состояніи канала. Предположите, что калибръ наружнаго отверстія канала равняется № 12 (англ. скалы) тогда луковичная часть допускаетъ введеніе инструмента по меньшей мѣрѣ № 20 или 24. Отсюда слѣдуетъ, что всякое расширеніе, или другой оперативный пріемъ, который имѣетъ себѣ предѣлъ въ величинѣ наружнаго отверстія, не можетъ возстановить больше, какъ до половины, калибръ канала со стриктурой луковичной части. Вотъ почему я растягиваю съуженную часть по меньшей мѣрѣ до нормальной величины или даже больше, или же разрываю, если хочу, инструментомъ, о которомъ идетъ рѣчь. Я много разъ употреблялъ этотъ инструментъ, и съ хорошими результатами. Онъ долженъ быть примѣняемъ только при съуженіяхъ луковичной части. Я слышалъ,

что его употребляли также для съуженій, лежащихъ на разстояніи трехъ дюймовъ отъ наружнаго отверстія, но здѣсь его не слѣдуетъ примѣнять; такія съуженія должно разрѣзывать. Моя операція требуетъ больше вниманія, чѣмъ операція Гольта; при послѣдней не о чемъ хлопотать, коль скоро инструментъ на мѣстѣ. Способъ его употребленія крайне легокъ. Разъ вы ввели инструментъ правильно, то достаточно однаго натиска руки, чтобы продвинуть трубку чрезъ съуженіе; эта сторона способа очень увлекательна. Изложенныя операціи даютъ хорошіе результаты на долгое время; однакоже я думаю, что внутренняя уретротомія даетъ результаты болѣе прочные, чѣмъ другіе способы; но безконечно труднѣе сдѣлать ее хорошо, и она требуетъ опытной руки.

Прежде чѣмъ приступить къ разрѣзу съуженія,—уретротоміи, вы должны точно узнать его положеніе и длину. Также необходимо знать, нѣтъ-ли въ каналѣ другихъ съуженныхъ мѣстъ, кромѣ главной стриктуры.

Если № 11 или 12 бужа легко входятъ въ каналъ на пять или пять съ половиною дюймовъ, то будьте увѣрены, что имѣете дѣло только съ однимъ съуженіемъ. Причину этого діагностическаго положенія легко понять. Наблюденіе показываетъ, что съуженіе отъ перелоя (оно и есть самое частое) развивается въ спонгіозной части мочеваго канала—именно въ задней его части, на разстояніи отъ его наружнаго отверстія въ пяти или пяти съ половиною дюймовъ, и обыкновенно такое съуженіе бываетъ одно. Если встрѣчается съуженіе ближе этого разстоянія, то часто въ такихъ случаяхъ бываетъ позади его еще другое съуженіе.

Авторы говорятъ объ органическихъ съуженіяхъ мочеваго канала въ перепончатой и простатической частяхъ мочеваго нанала. Во первыхъ эти съуженія встрѣчаются чрезвычайно рѣдко, а во вторыхъ они никогда не зависятъ отъ перелоя, а образуются отъ раненій, отъ нарыва предстательной желѣзы или отъ сосѣднихъ опухолей. Не особенно рѣдко встрѣчается другая стриктура: вблизи наружнаго отверстія, или въ предѣлахъ трехъ дюймовъ разстоянія отъ него. Предположите, что толстый бужъ остановился гдѣ либо, и что дальше проходитъ только бужъ № 6 или 7 (англійской скалы); тогда возьмите головчатый бужъ, съ головкой такой величины, чтобы она могла пройти съ нѣкоторымъ сопротивленіемъ чрезъ съуженную часть; вынимая

обратно головчатый бужъ, вы снова опредѣляете положеніе и длину съуженія; обыкновенно длина бываетъ незначительная. Такими головчатыми бужами различной величины вы можете опредѣлить съ большою точностію существованіе съуженій въ какой бы то ни было части канала; въ теченіе уже многихъ лѣтъ я никогда не предпринималъ операціи, не сдѣлавъ предварительно тщательнаго изслѣдованія подобными бужами.

Въ заключеніе я долженъ напомнить вамъ, что во всѣхъ случаяхъ затрудненнаго мочеиспусканія, вниманіе къ общему состоянію больнаго нерѣдко позволяетъ значительно улучшить мѣстное разстройство. Не упускайте изъ виду пищеваренія: если оно неудовлетворительно и испражненія задержаны, то припадки со стороны пузыря и мочеваго канала усиливаются; часто бываетъ, что пріемъ легкаго меркуріальнаго средства и затѣмъ Глауберовой соли, или Фридрихсгальской воды, по утрамъ,—легко освобождаютъ печень и кишки, что значительно умепьшаетъ наиболѣе мучительные припадки. Обращайте вниманіе на пищу больнаго, особенно запретите ему спиртные напитки; они могутъ быть допущены, только очень умѣренно и въ самой мягкой формѣ.

Я долженъ прибавить еще два слова: не будьте исключительными поклонниками одного какого нибудь способа. Вы часто слышите, какъ иной хирургъ говоритъ: «я всегда слѣдую такому то методу, нѣтъ другаго, равнаго ему». Другой скажетъ, что онъ всегда слѣдуетъ способу Сивіаля, третій Мезоннёва и т. д. Въ нашей области было такъ много изобрѣтеній, особенно въ Парижѣ, и очень многія изъ нихъ даютъ прекрасные результаты. Не останавливайтесь исключительно на одномъ методѣ, будетъ-ли онъ вамъ предложенъ мною или кѣмъ другимъ; располагайте всѣми средствами. Если вамъ будетъ много дѣла съ съуженіями и подобными заболѣваніями, то вы должны воспользоваться всѣми доступными способами. Тщательно изучайте ихъ—и для каждаго случая въ отдѣльности избирайте тотъ методъ, который вы найдете ему наиболѣе соотвѣтствующимъ.

ЛЕКЦІЯ IV.

Общіе выводы о леченіи съуженій. Внутренняя уретротомія. (Ноябрь 1872).

Мм. гг., въ теченіи послѣднихъ мѣсяцевъ мы имѣли много случаевъ съуженій мочеваго канала, изъ которыхъ самые тяжелые и упорные были приняты въ наши палаты. Я намѣренъ воспользоваться этою группою случаевъ, чтобы дать вамъ résumé тѣхъ способовъ леченія, которые я считаю наилучшими для этихъ частыхъ болѣзней. Вы скажете можетъ быть, что это уже сдѣлано прежде, и что ничего не можетъ быть сказано новаго объ этомъ предметѣ. Но однакоже, хотя предметъ дѣйствительно не новъ, хотя онъ вызвалъ обширную литературу старую и новую, я тѣмъ не менѣе имѣю двѣ причины вновь обсудить вопросъ: 1) моя собственная опытность теперь больше и плодотворнѣе, чѣмъ была нѣсколько лѣтъ тому назадъ; она привела меня къ нѣкоторымъ заключеніямъ, отличнымъ отъ прежнихъ; 2) въ наше время изобрѣтеній, явились новые пріемы, требующіе нашего обсужденія.

Я остановлюсь только на вопросѣ о леченіи стриктуръ,— того органическаго измѣненія въ стѣнкахъ мочеиспускательнаго канала, которымъ съуженіе обусловливается. Я буду имѣть въ виду по преимуществу тѣ съуженія, наиболѣе частыя, которыя занимаютъ луковичную часть, или находятся вблизи ея, на протяженіи около 2 дюймовъ. Эта область съуженій начинается на разстояніи около 4 дюймовъ отъ наружнаго отверстія канала. Если съуженіе занимаетъ наружное отверстіе, или передніе 2—3 дюйма, то леченіе требуетъ нѣсколько другихъ пріемовъ, чѣмъ обыкновенная, или типическая стриктура, лежащая глубже; но объ этихъ съуженіяхъ я буду говорить особенно. И такъ если не сдѣлано оговорокъ, то въ слѣдующемъ изложеніи будетъ подразумѣваться обыкновенная форма съуженій.

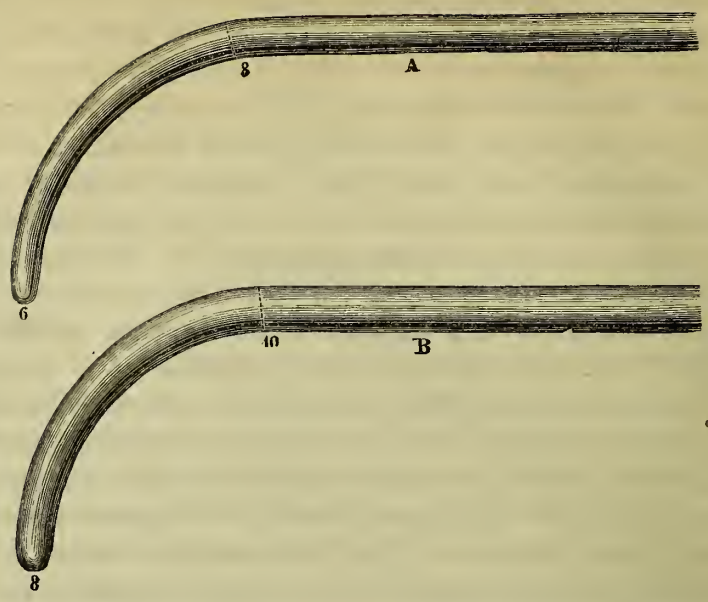
Больной, недавно страдающій съуженіемъ, можетъ, какъ правило, быть успѣшно лечимъ простымъ введеніемъ мягкихъ инструментовъ, съ постепенно возрастающимъ калибромъ, пока не будетъ приблизительно достигнутъ размѣръ нормальнаго канала. Это *простое расширеніе.* Здѣсь важенъ выборъ инструмента; мягкій, гибкій, коническій бужъ, съ маленькою оливчатою верхушкою, чтобы предупредить вхожденіе конца бужа въ маленькія полости стѣнокъ канала; такой бужъ, вообще говоря, наилучшій до извѣстной степени расширенія. Но эти самыя качества мягкости и гибкости, которыя такъ уменьшаютъ непріятное ощущеніе при введеніи бужа, и такъ понижаютъ опасность повредить больному, эти цѣнныя качества дѣлаютъ бужъ несостоятельнымъ, когда вы дойдете до извѣстнаго предѣла расширенія, а именно—когда неподатливая твердость съуженія начинаетъ перевѣшивать расширяющую силу этихъ бужей. Что же дѣлать дальше? Чѣмъ вы замѣните эти бужи? Оставите-ли вы расширеніе, будете-ли думать о какой-либо операціи? Нисколько; вы только должны перейти къ болѣе твердымъ, не такимъ гибкимъ инструментамъ, всего дѣйствительнѣе и легче при этой степени расширенія введеніе коническихъ, стальныхъ хорошо полированныхъ катетеровъ, или хорошо посеребренныхъ. Я не совѣтую вамъ употреблять эти инструменты маленькихъ калибровъ; они не должны быть тоньше тѣхъ, которые представлены на рисункѣ; да и изъ этихъ низшій № требуетъ для своего введенія очень опытной руки.

Самый тонкій № 6 (англійской скалы) отъ верхушки постепенно утолщается; на разстояніи $2^1/_2$ дюймовъ отъ верхушки переходитъ въ № 8, какъ это видно на рисункѣ.

Слѣдующій №	7	на верхушкѣ,	№ 9	въ самой широкой части.
«	8	«	10	«
«	9	«	11	«
«	10	«	12	«
«	11	«	13	«

Эти коническіе дилататоры едва-ли можно называть бужами; этотъ терминъ, такъ непригодный для металлическихъ инструментовъ; и по моему мнѣнію бужи, это старое наззаніе можно примѣнить, развѣ только къ гибкимъ инструментамъ. Металлическіе дилататоры вводятся очень легко, благодаря ихъ гладкости и тяжести; едва-ли что либо можетъ прев-

Рис. 10.



Стальные коническіе дилататоры, постепенно увеличивающіеся двумя номерами (англійской скалы) отъ конца къ тѣлу инструмента.

зойти ихъ въ послѣднихъ степеняхъ расширенія. Я совѣтовалъ пользоваться ими уже 20 лѣтъ тому назадъ, и съ тѣхъ поръ нисколько не измѣнилъ моего взгляда. Однакоже вы можете пожелать чего либо промежуточнаго между очень гибкимъ бужемъ и этимъ металлическимъ дилататоромъ. Дѣйствительно было предложено много способовъ для сочетанія гибкости въ верхушкѣ инструмента съ твердостію самаго стержня; предполагалось ввести гумми-эластикъ, гибкіе металлы и пр. Въ послѣднее время я держусь слѣдующаго сочетанія, которое считаю наилучшимъ для калибровъ между № 4 и 8 или 9 (англійской скалы). Короткій, мягкій стилетъ изъ свинца вводится внутрь французскаго коническаго бужа; стилетъ этотъ заканчивается тонкимъ концомъ, который помѣщается на разстояніи $4^1/_2$ дюймовъ отъ конца бужа. Вы видите здѣсь рядъ такихъ инструментовъ, именно 6 нумеровъ. Рисунокъ объясняетъ вамъ дѣло. Вы видите здѣсь на разрѣзѣ, подвижной, свинцовый стилетъ внутри бужа; этотъ стилетъ на рисункѣ слишкомъ близко придвинутъ къ верхушкѣ бужа, которая должна быть длинна и гибка (рис. 11). Наибольшіе діаметры этихъ бужей

равняются $5^1/_2$, $6^1/_4$, 7, $7^3/_4$, $8^1/_2$ и $9^1/_4$ (англ.). Итакъ вотъ рядъ №№., которые съ успѣхомъ могутъ занять свое мѣсто между мягкими бужами и металлическими дилататорами.

Способность этихъ бужей входить въ стриктуру обезпечена полною гибкостью верхушки и твердостью всей остальной части инструмента.

Рис. 11.

Французскій эластическій бужъ съ свинцовымъ подвижнымъ мандеромъ.

Но не должно забывать, что нуженъ также и тонкій металлическій инструментъ, если требуется пройти крайне узкую и неподатливую стриктуру. Если вовсе нѣтъ струи, если моча идетъ только каплями, я пробую сначала ввести очень тонкій эластическій катетеръ, самый тонкій, какой только можетъ быть сдѣланъ, № $^1/_2$ англ. скалы; очень часто это удается къ большой выгодѣ для больнаго; тогда катетеръ оставляется à demeure. Если же это не удалось, то я прямо беру очень тонкій серебрянный катетеръ, конецъ котораго можно ввести съ большою осторожностью въ узкое отверстіе стриктуры, руководясь тѣми правилами, которыя были изложены въ одной изъ прежнихъ лекцій и къ которымъ я не буду возвращаться теперь. Когда это сдѣлано, вы оставите катетеръ à demeure на 48 часовъ, или около того; больной долженъ лежать въ постели; когда катетеръ начнетъ слабо держаться стриктурою, вы замѣните его эластическимъ. Такимъ образомъ вы будете продолжать процессъ «постояннаго расширенія,» вводя одинъ за другимъ все высшіе №№, пока не достигнете № 8 или 9, что будетъ чрезъ нѣсколько дней, если больной желаетъ быстраго расширенія и можетъ вполнѣ отдаться леченію. Однакоже если онъ не захочетъ бытъ плѣнникомъ, если ему нужно продолжать его занятія, то вы переходите къ обыкновенному расширенію, т. е. вводите инструментъ каждые два или три дня, удаляя его тотчасъ же по введеніи; тогда больной можетъ оставаться при своихъ занятіяхъ. Когда будетъ пройденъ ранній стадій расширенія, вы перейдете къ французскимъ гибкимъ бужамъ и затѣмъ пойдете дальше, какъ это было описано.

Вотъ все, что касается расширенія. Относительно являющихся иногда знобовъ и другихъ разстройствъ, была уже рѣчь выше; теперь мы заняты исключительно механическимъ вопросомъ. Но предположите, что хотя вамъ удалось расширеніе мочеваго канала до надлежащей величины, съуженіе быстро возвращается, несмотря на введеніе по временамъ инструментовъ; затрудненіе мочеиспусканія продолжаетъ существовать, и часто наступаетъ задержаніе мочи; ясно, что надо сдѣлать что нибудь дальше. Другими словами, если расширеніе оказывается недостаточнымъ, что тогда дѣлать? Я отвѣчу теперь вамъ на этотъ вопросъ.

Механическіе пріемы леченія узкой и сократительной стриктуры, въ тѣхъ случаяхъ, когда расширеніе оказалось недостаточнымъ, могутъ быть двухъ родовъ: разрывъ или насильственное растяженіе сопротивляющихся тканей, приложеніемъ силы, дѣйствующей изнутри кнаружи, или же раздѣленіе этихъ тканей ножомъ извѣстной формы, которымъ обыкновенно дѣйствуютъ со стороны уретры, иногда же извнѣ, съ поверхности тѣла.

Методъ *разрыва*, введенный Гольтомъ и описанный выше, былъ широко примѣненъ къ леченію стриктуръ, различныхъ степеней развитія. Вообще говоря, эта операція не рискованная, хотя иногда она влекла за собой фатальныя послѣдствія. Мое главное возраженіе противъ нея то, что достигнутый хорошій результатъ не особенно проченъ въ тяжелыхъ случаяхъ стриктуры, а только для этихъ случаевъ и нужны оперативныя пособія.

Я не могу сказать больше и о *насильственномъ расширеніи*, предложенномъ мною самимъ, и часто примѣняемымъ теперь, и повидимому успѣшно, въ Америкѣ. Обоими этими способами сразу достигается удивительный результатъ, и первый способъ особенно такъ простъ въ исполненіи, что можетъ быть примѣненъ рукою, почти не имѣющею опытности. Впрочемъ я не думаю, чтобы это было выгодно для больнаго, если операція можетъ быть легко исполнена неопытнымъ практикомъ. Послѣдствіемъ этого обстоятельства было уже не разъ то, что эта операція исполнялась, благодаря неопытности врачей, на такихъ больныхъ, для которыхъ вовсе не было необходимости ни въ какой операціи.

Недавно моимъ другомъ д—ромъ Корради, прежде во Флоренціи, теперь въ Римѣ, былъ указанъ новый, весьма остроумный способъ сочетанія разрыва и расширенія. Вотъ его инструментъ; онъ получилъ послѣднюю премію Аржантейля въ Парижѣ и уже потому заслуживаетъ наше вниманіе. Инструментъ Корради состоитъ изъ тонкаго серебряннаго катетера, приблизительно № 1 или 2 англ. скалы, который проводится чрезъ стриктуру; тогда поворачиваютъ винтъ въ рукояткѣ инструмента и вслѣдствіе этого толстая проволока выходитъ съ боку инструмента, въ его нижней трети, образуя собою хорду дуги, которая состоитъ изъ изогнутой части катетера. Инструментъ растягиваетъ и почти проникаетъ въ плотную, неподатливую ткань стриктуры, однакоже не путемъ разрѣза, потому что проволока не достаточно остра для этого. Когда операторъ примѣнилъ столько силы, сколько ему кажется достаточнымъ, онъ поворачиваетъ винтъ въ обратномъ направленіи и это заставляетъ проволоку вернуться въ тѣло инструмента. Тогда вводится бужъ, чтобы опредѣлить на сколько произведено расширеніе стриктуры и затѣмъ леченіе продолжается или простымъ расширеніемъ, или съ помощію дополнительныхъ введеній растягивающаго инструмента. Мы примѣнимъ этотъ способъ въ палатахъ, и вы узнаете его результаты. Какъ ни остроумны и идея этого способа и ея выполненіе, мое теоретическое возраженіе противъ него то, что онъ будетъ только раздражать, не раздѣляя очень старую, неподатливую стриктуру уретры. Свѣжая стриктура, не очень плотная, не представляющая сильнаго сопротивленія, безъ сомнѣнія не устоитъ предъ этимъ способомъ. Но такія съуженія не представляютъ трудности, при любомъ способѣ правильнаго леченія; а мы стремимся къ такой операціи, которая могла бы оказать помощь при самыхъ дурныхъ формахъ болѣзни. Тѣмъ не менѣе прекрасный инструментъ Корради скоро будетъ испытанъ нами, какъ онъ этого заслуживаетъ.

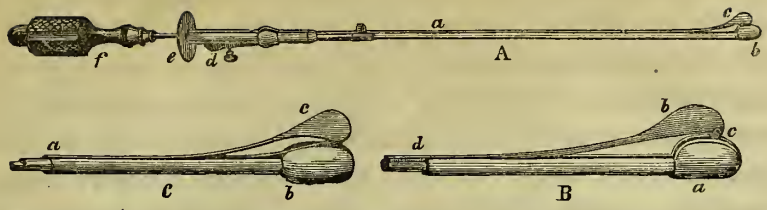
Для самыхъ тяжелыхъ формъ съуженій, когда послѣ цѣлыхъ лѣтъ существованія ткани стали такими плотными и неподвижными, что одно введеніе бужей скорѣе только усиливаетъ припадки болѣзни, для этихъ формъ я не нахожу ничего болѣе дѣйствительнаго, безопаснаго и вѣрнаго, какъ внутренняя уретротомія.

Я не разумѣю при этомъ всякую уретротомію; операція, которою бы не было достигнуто полное раздѣленіе оплотнѣвшихъ тканей, была бы недостаточна. Насильственно растягивать такія съуженія или терзать ихъ какимъ бы то ни было расширеніемъ, значитъ дѣлать ихъ еще болѣе трудными для леченія; этимъ вы вызовете только ознобы, а иногда и продолжительное общее заболѣваніе тяжелаго характера. Для уретротоміи мы имѣемъ выборъ инструментовъ и способовъ: ихъ цѣлый легіонъ. Первоначальныя формы уретротомовъ безпрестанно измѣнялись, какъ фабрикантами, такъ и хирургами, съ цѣлію болѣе совершеннаго выполненія задачи; послѣдняя сводится къ тому, чтобы безопасно и болѣе или менѣе далеко разрѣзать затвердѣлую ткань.

Я предпочитаю одну изъ первоначальныхъ формъ, именно уретротомъ Сивіаля, по его крайней простотѣ. Со своимъ несложнымъ механизмомъ, онъ повинуется рукѣ какъ скальпель; дѣйствительно этотъ уретротомъ есть ничто иное, какъ ножъ на длинной ручкѣ, съ нѣжнымъ маленькимъ клинкомъ, который вводится скрытымъ за стриктуру и затѣмъ выводится черезъ нее рукою оператора; при этомъ величина разрѣза, какъ въ глубину, такъ и въ длину, легко и точно регулируется, смотря по намѣреніямъ оператора. Это, по моему мнѣнію, гораздо лучше, чѣмъ сложный инструментъ, который механически дѣлаетъ извѣстный разрѣзъ безъ всякаго контроля со стороны хирурга.

Методъ выполненія операціи слѣдующій: 1) вы должны опредѣлить точнымъ измѣреніемъ гдѣ лежитъ съуженіе, т. е. разстояніе его отъ наружнаго отверстія мочеваго канала; 2). вы должны убѣдиться, что съуженіе, къ моменту операціи, достаточно просторно для проведенія чрезъ него оливы уретротома; это важный пунктъ и я долженъ нѣсколько остановиться на немъ. Олива этого инструмента, сдѣланнаго въ Парижѣ, слишкомъ велика, гораздо больше чѣмъ слѣдуетъ. Инструментъ, употребляемый мною, измѣненъ слѣдующимъ образомъ: олива имѣетъ въ объемѣ только $4^1/_2$—5 (англ. скалы), вмѣсто № 7, обыкновенной величины франц. уретротомовъ, стержень моего уретротома равняется только № 3 и весь инструментъ, по крайней мѣрѣ, на $1^1/_2$ дюйма короче (см. рис. № 12).

Рис. 12.



Уретротомы Сивіаля и Кодмона.—А. Уретротомъ Сивіаля. a) влагалище, съ желобкомъ, въ которомъ движется стержень, b) олива влагалища, c) клинокъ, d) пружина, чтобы регулировать степень выдвиганія клинка, e) кружокъ, служащій опорою при влеченіи рукоятки мандрена f)—В. Конецъ уретротома Сивіаля въ натур. вел. a) сплющенная олива. b) клинокъ выскакивающій изъ нея вслѣдствіе движенія которое описываетъ язычекъ, c) при влеченіи мандрена д.—С. Уретротомъ Кодмена, b) олива, c) клинокъ съ упругимъ стержнемъ, a) мандренъ, заставляющій клинокъ выходить изъ оливы, выдвигаясь между ними.

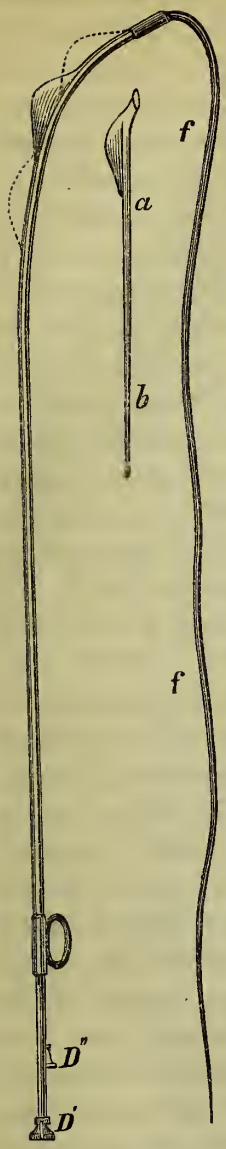
Такъ какъ стриктура, подлежащая вашему леченію, по всей вѣроятности допускаетъ введеніе не больше, какъ № 1, или 2, то вы должны предварительно оставить à demeure на два или на три дня тонкій эластическій катетеръ, чтобы на время расширить стриктуру; это всегда можно сдѣлать; тогда стриктура получитъ величину, которая сдѣлаетъ возможнымъ проведеніе чрезъ нее оливчатаго конца уретротома. Какъ бы стриктура ни была сократительна, т. е. какъ бы скоро она ни съуживалась послѣ расширенія, вы всегда можете временно расширить ее. Понятно, что еслибы при съуженіяхъ, о которыхъ идетъ рѣчь, можно было помочь *надолго* расширеніемъ, то не было-бы никакой необходимости дѣлать еще что-либо, и вамъ не пришлось бы думать о разрѣзѣ. Итакъ, послѣ катетера à demeure, достигнувъ калибра № 4 или 5, я хлороформирую больного; затѣмъ вынимаю катетеръ и тотчасъ же осторожно провожу чрезъ съуженіе оливу уретротома; обыкновенно при этомъ требуется нѣсколько легкихъ усилій; затѣмъ маленькая олива становится опять свободною и подвижною въ каналѣ, позади съуженія. При такомъ положеніи инструмента вы выдвигаете клинокъ, на сколько считаете нужнымъ, помощію простаго механизма въ рукояткѣ инструмента и направивъ остріе ножа къ нижней стѣнкѣ канала, вы крѣпко надавливаете его здѣсь и смѣло тянете къ себѣ, чтобы сдѣлать разрѣзъ отъ $1^1/_2$ до 2 дюймовъ въ длину и раздѣлитъ всю толщину тканей, образующихъ съуженіе. При разрѣзѣ вы чувствуете иногда большое сопротивленіе. Положи-

тесь на мои слова; здѣсь нечего бояться свободы разрѣза. Я никогда не видалъ при этомъ серьезныхъ послѣдствій, а съ другой стороны мнѣ случалось получать меньше результатовъ, чѣмъ было желательно, если я не достаточно разрѣзывалъ съуженіе и одинъ, или два пучка волоконъ оставались не перерѣзанными; такъ было въ нѣкоторыхъ моихъ первыхъ операціяхъ. Но я никогда не имѣлъ случая сожалѣть о свободномъ и полномъ разрѣзѣ. Затѣмъ вы вводите металическій зондъ № 13, англійской скалы, неконическій; онъ долженъ легко пройти въ пузырь, и нисколько не долженъ «обхватываться» при выниманіи; держитесь вводя катетеръ верхней стѣнки канала, тогда верхушка инструмента не попадетъ въ разрѣзъ. Затѣмъ возьмите № 11 или 12, надлежащей кривизны, эластическій катетеръ и введите его въ пузырь, чтобы оставить его на 48 часовъ. Лучше всего вводить его съ сильно изогнутымъ мандреномъ, чтобы не раздражить рану, въ которую иначе могъ бы попасть конецъ инструмента. Понятно, что мандренъ тотчасъ-же удаляется по введеніи катетера въ пузырь.

Дополненіе Профессора Заблоцкаго.—«Для производства внутренней уретротоміи придумано такъ много инструментовъ (уретротомовъ), что ихъ теперь можно уже насчитать нѣсколько десятковъ. Большая часть ихъ изобрѣтена во Франціи; многіе изъ нихъ уже оставлены, другіе имѣютъ своихъ послѣдователей и большихъ защитниковъ. Всѣ уретротомы рѣжутъ съуженное мѣсто или спереди назадъ, или сзади напередъ; притомъ разрѣзъ ими обыкновенно дѣлается по задней или нижней стѣнкѣ мочеваго канала; нѣкоторые же, напр. Мезонневъ, своимъ инструментомъ разрѣзаютъ переднюю или боковыя стѣнки мочеваго канала. Одни изъ уретротомовъ прямые, другіе кривые. Есть уретротомы съ проводниками и безъ проводниковъ. Конечно отъ ловкости и навыка хирурга многое зависитъ въ выборѣ уретротома, но для начинающаго хирургическую практику врача нужно избирать такой уретротомъ, которымъ удобнѣе и безопаснѣе можно достигнуть желаемой цѣли. По моему убѣжденію и по собственному опыту для молодаго врача ничего нѣтъ лучше, какъ начинать дѣлать уретротомію уретротомомъ, изобрѣтеннымъ нашимъ опытнымъ хирургомъ профессоромъ А. А. Киттеромъ.

«Уретротомъ профессора Киттера состоитъ, (рис. 13): 1) изъ тонкаго металлическаго кондуктора, изогнутаго въ видѣ ка-

Рис. 13.



a. b. Конецъ лезвія.
f. f. Тонкій эластическій зондъ, вводимый предварительно чрезъ мочевой каналъ въ стриктуру и потомъ въ пузырь и привинченный къ уретротому.
D'. Пуговка наружнаго ковца влагалища лезвія.
D''. Пуговка наружнаго конца стержня лезвія.

тетера длиною въ 30 центиметровъ; 2) изъ эластическаго тонкаго кондуктора, sonde filiforme такой-же длины. На выпуклой сторонѣ металлическаго кондуктора, на сторонѣ обращенной къ промежности находится желобокъ; этотъ желобокъ назначенъ для проведенія лезвія и его влагалища; лезвее имѣетъ овально-полукруглую форму и прикрѣплено къ тонкому металическому цилиндру, который при вставленіи лезвія въ желобокъ кондуктора свободно двигается и имѣетъ у наружнаго конца пуговку. Влагалище лезвія имѣетъ овально-полукруглую форму, какъ и самое лезвіе, и по величинѣ оно равняется лезвію; влагалище состоитъ изъ двухъ пластинокъ, пространство между которыми открыто сверху и спереди, кзади же онѣ соединены на $1/4$ круга; влагалище снабжено длиннымъ металлическимъ стержнемъ, который по длинѣ равенъ тонкому металлическому цилиндру лезвія. Стержень влагалища имѣетъ также у наружнаго конца пуговку.

«Инструментъ употребляется слѣдующимъ образомъ. Операція уретротоміи въ большинствѣ случаевъ производится безъ хлороформа. Больному наканунѣ дается слабительное, а утромъ въ день операціи ставится клистиръ. Для операціи больной кладется съ нѣсколько согнутыми въ колѣнахъ ногами и разведенными бедрами, затѣмъ операторъ помѣщается съ правой стороны больнаго, вводитъ одинъ изъ хорошо устроенныхъ (не слишкомъ твердый или гибкій) эластическій кондукторъ, sonde filiforme, черезъ мѣсто стриктуры; затѣмъ привинчиваютъ къ наружному концу этого зонда уретротомъ, имѣя лезвіе его

вмѣстѣ съ покрывающею его пластинкою или влагалищемъ вытянутыми къ наружнему концу инструмента; послѣ этого осторожно проводятъ sonde filiforme впередъ въ пузырь и замѣняютъ sonde filiforme въ мочевомъ каналѣ металлическимъ проводникомъ уретротома, а когда этотъ проводникъ пройдетъ вдоль всего мочеваго канала, то упирая на обѣ половинки пуговки, медленно и осторожно подвигаютъ впередъ лезвіе съ его влагалищемъ, до тѣхъ поръ пока эти послѣдніе не остановятся въ концѣ мочеваго канала, что означаетъ, что они опираются о начало стриктуры; затѣмъ упираютъ только на ту пуговку, которая соотвѣтствуетъ лезвію, отъ чего это послѣднее проходитъ черезъ всю стриктуру, разрѣзывая ея. Но при этомъ слѣдуетъ идти шагъ за загомъ, перерѣзывая стриктуру сперва, только спереди (на 1/2 центиметра), и вслѣдъ затѣмъ, подвигая па столько же впередъ и влагалище, затѣмъ опять короткій разрѣзъ и движеніе влагалища, и т. д., до тѣхъ поръ, пока влагалище не будетъ болѣе испытывать препятствія при дальнѣйшемъ передвиженіи впередъ. Это означаетъ что вся стриктура раздѣлена.

«Послѣдовательное леченіе. Тотчасъ послѣ операціи, состоявшей въ одномъ или нѣсколькихъ разрѣзахъ съуженнаго мѣста, вводится въ мочевой каналъ оловянный бужъ Бенике, приблизительно такого калибра, который бы хорошо выполнялъ нормальный мочевой каналъ. Бужъ стараются проводить въ разрѣзанномъ мѣстѣ по возможности по верхней стѣнкѣ канала. Бужъ Бенике оставляется въ каналѣ минутъ на 10. Цѣль проведенія этого бужа состоитъ въ томъ, чтобы давленіемъ на оперированное мѣсто унять кровотеченіе. Послѣ оловяннаго бужа берется соотвѣтственнаго калибра бужъ эластическій, и такой-же кривизны, какъ бужъ Бенике, и вставляется въ мочевой каналъ и держится постоянно (à demeure), въ продолженіи трехъ сутокъ, а потомъ замѣняется свѣжимъ. Вообще эластическій катетеръ à demeure держится дней 14 и болѣе. Больной во все это время остается въ постели. По излѣченіи операціею стриктуры паціенту слѣдуетъ совѣтовать по временамъ вводить себѣ въ мочевой каналъ эластическій бужъ.

«Уретротомъ профессора Киттера былъ изготовленъ въ первый разъ въ 1857 году, въ Парижѣ фабрикантомъ Матье, который объ этомъ и заявилъ печатно въ своемъ каталогѣ. Уже послѣ

этого появились два уретротома, имѣющіе большее или меньшее сходство съ уретротомомъ Киттера, именно уретротомы: Седильо и Мезоннева, которые можетъ быть имѣли случай видѣть уретротомъ Киттера у Матье, или въ Парижской Мецинской Академіи, куда Матье представлялъ уретротомъ Киттера въ 1861 году. Большія подробности объ операціи по способу професора Киттера можно видѣть въ дисертаціи Скроботова: «Внутренняя уретротомія», и пр. Спб. 1868 г.».

При всѣхъ операціяхъ, которыя я дѣлалъ, числомъ около двухсотъ, никогда не было сколько нибудь значительнаго кровотеченія; иногда показывалось только нѣсколько капель крови; въ двухъ случаяхъ были незначительные затеки мочи, вслѣдствіе смѣщенія катетера, но эти экстравазаціи были далеко не такъ тяжелы, какъ тѣ, какія мнѣ случалось видѣть послѣ «разрыва». Разъ только послѣдовало развитіе нарыва.

Впрочемъ вы сами можете до извѣстной степени составить себѣ понятіе объ этихъ вопросахъ, такъ какъ въ теченіи послѣднихъ 12 мѣсяцевъ, вы видѣли въ палатахъ покрайней мѣрѣ двадцать случаевъ операцій этого рода. Одинъ разъ только послѣ операціи, сдѣланной при крайнихъ условіяхъ, послѣдовалъ смертельный исходъ; это случилось года полтора тому назадъ въ одной изъ моихъ палатъ, при одномъ изъ самыхъ дурныхъ случаевъ старой и запущенной стриктуры, какую я когда либо видѣлъ. Нерѣдко является лихорадочный приступъ, что часто случается и послѣ употребленія литотритора; но это далеко не правило. Этотъ приступъ, если бываетъ, является только по удаленіи катетера, лежащаго спокойно; когда больной въ первый разъ мочится безъ него, то нѣсколько капель мочи входитъ въ рану, еще оставшуюся отъ разрѣза и чрезъ часъ или два является ознобъ; впрочемъ этимъ все и кончается. Однакоже, чтобы по возможности избѣжать этого припадка, я поступаю всегда такимъ образомъ: при удаленіи катетера чрезъ 48 час. послѣ операціи, я конечно вывожу изъ пузыря всю мочу; затѣмъ назначаю больному теплую, сидячую ванну въ теченіи 15 минутъ, затѣмъ онъ опять идетъ въ постель, и тепло закутывается; онъ получаетъ наставленіе не мочиться, пока не будетъ чувствовать къ этому яснаго позыва. Это произойдетъ, вѣроятно, не раньше, какъ чрезъ 6 часовъ по удаленіи катетера. Тогда больной встаетъ, мочится полной струей,

объемомъ которой онъ будетъ удивленъ, и также легкостью, съ которою она идетъ; окончивъ мочеиспусканіе, больной опять ложится въ постель. Слѣдуя этимъ предостереженіямъ, вы можете надѣяться избавить больнаго отъ ознобовъ; если же они явились бы, то вы знаете, что это не опасно и не о чемъ безпокоиться. Иногда, однакожъ, лихорадка бываетъ нѣсколько сильнѣе и продолжительнѣе.

Я скажу нѣсколько словъ о послѣдовательномъ леченіи. На четвертый день послѣ операціи, введите коническій французскій бужъ съ широкою оливою, чтобы не повредить маленькой раны. Если конецъ бужа встрѣчаетъ небольшое препятствіе, то выньте инструментъ и введите сильно изогнутый неконическій эластическій катетеръ; однако-же въ большинствѣ случаевъ достаточно коническаго бужа. Затѣмъ чрезъ 3 или 4 дня вы опять вводите бужъ; № 11 и 12 по большей части войдутъ легко. Затѣмъ вы вводите бужи разъ въ недѣлю, и наконецъ больной самъ будетъ вводить себѣ бужъ, увеличивая промежутки, доходя до одного раза въ мѣсяцъ.

Эта операція даетъ, я полагаю, болѣе прочные результаты, чѣмъ всякая другая. Вы видѣли, что я дѣлалъ ее въ случаяхъ, которые подвергались всевозможнымъ способамъ леченія и возвращались къ прежней-же тяжкой степени. Я не утверждаю, чтобы уретротомія удаляла органическое съуженіе, это невозможно. Мы еще не имѣемъ такого способа леченія органическихъ стриктуръ, которымъ они устранялись бы безусловно на всегда, безъ всякой возможности возврата на больномъ, который имѣлъ несчастіе сдѣлаться жертвою этого страданія.

Еще нѣсколько словъ о стриктурахъ въ предѣлахъ 2 или 3 дюймовъ отъ наружнаго отверстія. Можно принять за правило, что такія съуженія очень мало поддаются расширенію, лучшее для нихъ леченіе состоитъ въ разрѣзѣ. Эти стриктуры такъ близки, что ничего не можетъ быть удобнѣе, какъ раздѣлить ихъ маленькимъ bistouri cachée. Причина, почему на эти стриктуры такъ слабо дѣйствуетъ простое введеніе бужей, лежитъ безъ сомнѣнія въ томъ, что мочевой каналъ здѣсь окруженъ не большимъ слоемъ губчатой ткани, а напротивъ того массою волокнистой ткани; вслѣдствіе этого, расширеніе здѣсь мало находитъ себѣ почвы, гораздо меньше, чѣмъ въ луковичной части, окруженной большимъ слоемъ мягкой ткани.

Самая операція такъ проста, что не требуетъ дальнѣйшихъ объясненій; правила, изложенныя мною для производства внутренней уретротоміи, могутъ быть примѣнены и къ этимъ случаямъ.

ЛЕКЦІЯ V.

Гипертрофія предстательной желѣзы съ ея послѣдствіями.

Мм. Гг. Мы перейдемъ теперь отъ съуженій къ другому очень важному, и часто встрѣчающемуся заболѣванію, къ гипертрофіи предстательной желѣзы. Это страданіе часто встрѣчается у пожилыхъ людей, и практикъ почти навѣрно будетъ нерѣдко встрѣчаться съ нимъ. Отсюда вытекаетъ необходимость для насъ тщательно изучить относящіеся сюда случаи; тѣмъ болѣе, что мы не видимъ ихъ часто у насъ въ палатахъ, такъ какъ большинство этихъ больныхъ лечатся амбулаторно.

Прежде всего я считаю нужнымъ предупредить васъ отъ смѣшиванія этаго страданія съ увеличеніемъ предстательной желѣзы, зависящимъ отъ другихъ причинъ. Увеличеніе, которое мы называемъ гипертрофіей, есть измѣненіе совершенно особенное, sui generis. Никакой другой органъ нашего тѣла не поражается подобнымъ образомъ. Это увеличеніе не имѣетъ никакого отношенія, нисколько не родственно воспалительнымъ отложеніямъ, какія наблюдаются въ опухшихъ миндалевидныхъ, или въ лимфатическихъ желѣзахъ. Увеличеніе объема органа обусловливается новообразованіемъ желѣзистой ткани, по всему органу, или въ отдѣльныхъ его частяхъ. Я не знаю ничего аналогичнаго этому измѣненію, за исключеніемъ такъ называемыхъ *фиброидныхъ* опухолей матки, которыя развиваются главнымъ образомъ на счетъ увеличеннаго образованія элементовъ этого органа. Новообразованный продуктъ въ предстательной желѣзѣ не есть новообразованіе, подобно раку или эпителіомѣ. Это вовсе не есть «патологическій» наростъ, хотя измѣненія предстательной желѣзы и ведутъ заболѣванія пузыря, какъ результатъ тѣхъ механическихъ разстройствъ, которыя обусловливаются увеличеніемъ предстательной желѣзы. Я счелъ нуж-

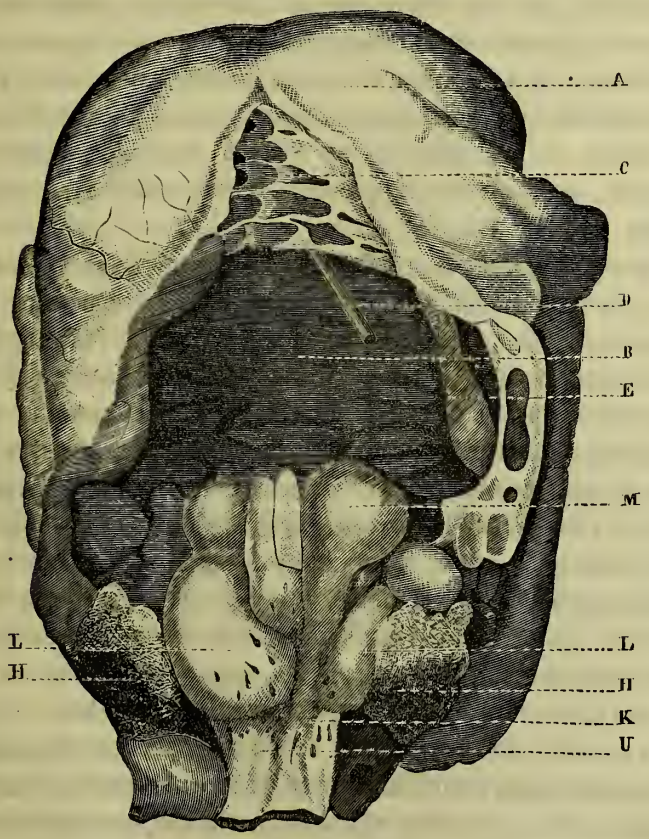
нымъ сдѣлать эти замѣчанія потому, что такъ часто высказывается невѣрность понятій о гипертрофіи предстательной желѣзы. Немногіе, повидимому, знаютъ, что нѣтъ ни малѣйшаго отношенія между гипертрофіей этой желѣзы, и тѣмъ увеличеніемъ ея, которое обусловливается воспалительными отложеніями; послѣднее явленіе главнымъ образомъ встрѣчается въ теченіи первой половины человѣческой жизни, а первое принадлежитъ исключительно ея послѣдней трети.

Прежде утверждали, опираясь на высокій авторитетъ сэра Бенжамена Броди, что «когда волосы сѣдѣютъ и рѣдѣютъ, то предстательная желѣза обыкновенно начинаетъ увеличиваться въ объемѣ»; это мнѣніе защищалось большинствомъ врачей; оно было общепринятымъ, когда я первый началъ дѣлать спеціальныя изслѣдованія, относящіяся къ этому вопросу, 10 или 12 лѣтъ тому назадъ. Я взялъ тогда на себя трудъ изслѣдовать всѣ трупы мужчинъ, старше 55 лѣтъ, умершихъ въ Marylebone Infirmary; впослѣдствіи въ Гринвичскомъ госпиталѣ изслѣдованіе продолжалось докторомъ Мессеромъ и мною. Я тщательно изслѣдовалъ каждую предстательную желѣзу и нашелъ, что увеличенія ея далеко отъ того, чтобы быть правиломъ, скорѣе были исключеніемъ. Было изслѣдовано около 200 случаевъ, не выбранныхъ а бравшихся послѣдовательно, по мѣрѣ того, какъ соотвѣтствующіе субъекты умирали въ теченіи извѣстнаго періода времени, и оказалось, что изъ 3 субъектовъ одинъ представлялъ увеличеніе предстательной желѣзы. Но не думайте, чтобы изъ числа этихъ субъектовъ многіе представляли при жизни припадки этого страданія; только одинъ изъ 7, не больше, имѣлъ эти припадки. Такъ что, приблизительно, только одному изъ 20 человѣкъ, живущихъ дольше 55 лѣтъ, можетъ понадобиться наша помощь противъ этого страданія. Но и это, безъ сомнѣнія, большое число. Если вы допустите, что изъ каждыхъ 20 человѣкъ, приблизившихся къ 60-лѣтнему возрасту, одинъ страдаетъ увеличеніемъ предстательной желѣзы, то судите, какъ часто, при сколько нибудь обширной практикѣ, вамъ придется оказывать пособіе въ случаяхъ этого рода.

Мы должны коснуться нѣкоторыхъ анатомическихъ данныхъ, относящихся до увеличенія предстательной желѣзы. Этотъ органъ, какъ вы знаете, состоитъ изъ двухъ боковыхъ

долей и одной срединной. Вліяніе гипертрофіи на актъ мочеиспусканія будетъ очень много зависѣть отъ того, какая часть предстательной желѣзы поражена. Вовсе не нужно большаго увеличенія предстательной желѣзы для того, чтобы вызвать крайне тяжелые припадки. Съ другой стороны, вы можете имѣть очень большую предстательную желѣзу, и это не будетъ сопровождаться почти никакими припадками. Чуть-ли не самая большая предстательная желѣза, какую я видѣлъ, имѣвшая объемъ небольшаго кокосоваго орѣха, очень мало затрудняла теченіе мочи. Если-же увеличивается хотя бы немного средняя доля предстательной желѣзы, то это уже можетъ повести къ задержанію.

Рис. 14.



Разрѣзъ пузыря и простаты, пузырь въ состояніи гипертрофіи, простата образуетъ опухоль вдяющуюся въ пузырь. A, передн. стѣнка пузыря; C, ея полости; B, задняя стѣнка; D, конецъ зонда введеннаго въ одну изъ полостей пузыря; E, поверхность разрѣза передн. стѣнки; M, средняя доля простаты; LL боковыя доли, HH разрѣзъ надъ уретрой простаты. K. verumontanum. U. мочевой каналъ.

Если средняя доля образуетъ, хотя бы небольшую выпуклость, въ формѣ соска, наполняющаго собою внутреннее отверстіе мочеиспускательнаго канала, то этого будетъ достаточно, чтобы вполнѣ воспрепятствовать натуральному теченію мочи. Иногда значительное увеличеніе занимаетъ только одну сторону предстательной желѣзы; тогда направленіе мочеиспускательнаго канала становится извилистымъ; и тогда вашъ катетеръ направится то влѣво, то вправо, смотря потому, съ какой стороны увеличена предстательная желѣза. Различные случаи относящіеся сюда представлены на рис. 14, 15, 16.

Еще разъ напоминаю вамъ, что если, при изслѣдованіи больнаго, вы находите у него очень увеличенную предстательную желѣзу, то изъ этого далеко еще не слѣдуетъ, что мочеиспусканіе должно быть очень затруднено у больнаго; съ другой стороны, хотя бы вы не могли найти замѣтнаго увеличенія простаты при изслѣдованіи чрезъ прямую кишку, или какъ либо иначе, то все таки вы не имѣете права заключить, что припадки, иногда очень серьезные, не зависятъ отъ страданія желѣзы.

Что касается возраста больнаго, то мнѣ никогда не встрѣчалось увеличеніе предстательной желѣзы (я разумѣю гипертрофію ея, а не увеличеніе, зависящее отъ другихъ причинъ) ранѣе возраста 54 лѣтъ; изъ того, что подобные случаи не встрѣчались мнѣ, вы можете судить, что ихъ никогда не бываетъ ранѣе, или по крайней мѣрѣ, что они попадаются крайне рѣдко. Обыкновенное время, когда начинается гипертрофія, — отъ 57 до 60 лѣтъ. Если субъектъ вообще будетъ имѣть ее, то обыкновенно она будетъ уже у него въ 60 лѣтъ. Если человѣкъ перейдетъ за 65 или 70 лѣтъ, то у него еще можетъ развиться эта болѣзнь, но въ меньшей степени; обыкновенно же не развивается. Я изслѣдовалъ трупы людей въ 90 лѣтъ, безъ малѣйшаго увеличенія предстательной желѣзы.

Вы видите, что гипертрофія вовсе не роковымъ образомъ связано съ возрастомъ человѣка; избѣжавшій заболѣванія въ шестьдесятъ пять лѣтъ, по всей вѣроятности вовсе, или почти не подвергнется ему.

Теперь я перехожу къ *припадкамъ*. Пожилой человѣкъ приходитъ къ вамъ съ жалобой, что въ послѣднее время моча у него не идетъ свободно, что она выходитъ крайне слабой

струей, и не можетъ быть выгоняема съ силой; самое мочеиспусканіе нѣсколько учащено, въ особенности утромъ, одѣваясь, больной мочится 2 или 3 раза, затѣмъ позывы меньше безпокоятъ его; съ наступленіемъ ночи они опять становятся чаще, чѣмъ были днемъ. Если больной не будетъ жаловаться на боль, что возбудило бы въ васъ подозрѣніе о камнѣ, или другомъ какомъ либо страданіи,—то вы скажете: «вѣроятно, это случай увеличенія предстательной желѣзы». Вы не должны тотчасъ-же приступать къ введенію катетера, вы сдѣлаете сначала больному тѣ четыре вопроса, о которыхъ была рѣчь въ первой лекціи Вы спросите, какъ часто мочеиспусканіе; замѣтите, чаще-ли оно ночью, чѣмъ днемъ; обратное наблюдается постоянно при камнѣ пузыря. Я не могу объяснить вамъ, почему, но очень часто случается, что больные съ гипертрофированной предстательной желѣзой выпускаютъ столько-же мочи въ теченіи восьми часовъ ночи, какъ въ теченіи шестнадцати часовъ дня; это сильно нарушаетъ сонъ.

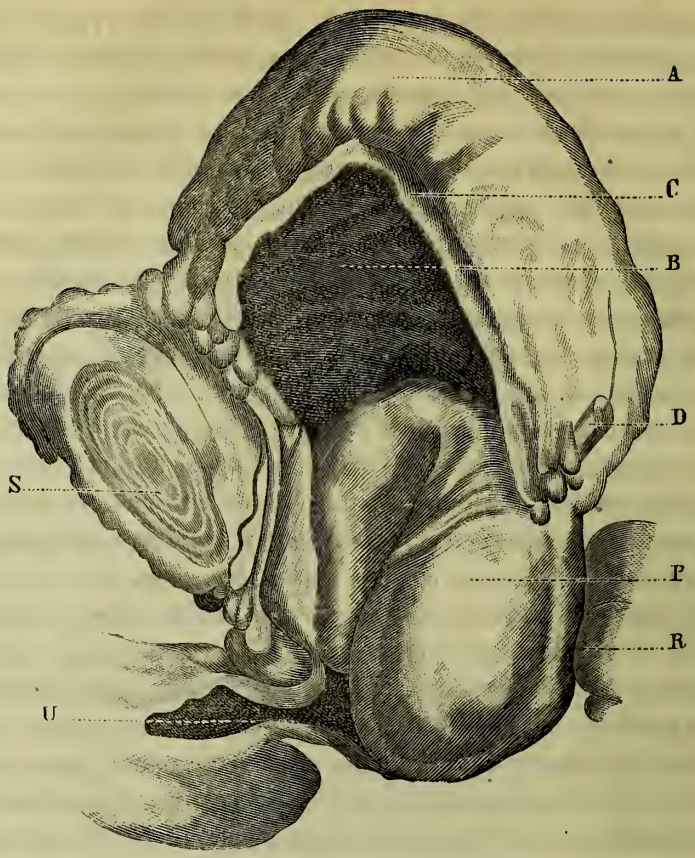
Вы спросите также, не выходитъ-ли иногда моча безъ вѣдома больнаго, или непроизвольно. Въ нѣкоторыхъ, далеко развившихся случаяхъ, вы найдете, что немного мочи выходитъ при сильной натугѣ, напр. при кашлѣ, или ночью, во время сна.

Если это бываетъ, то болѣзнь вѣроятно давно уже существуетъ. Если же больной жалуется только на учащенное мочеиспусканіе—не особенно, умѣренно учащенное,—то вы спрашивайте дальше о боли, и если она есть, то когда, до, во время или послѣ мочеиспусканія. Если боль предшествуетъ мочеиспусканію и оно облегчаетъ больнаго, то вѣроятно вы имѣете дѣло съ гипертрофированной предстательной желѣзой. Дѣйствительно, если у больнаго пузырь растянутъ, какъ это легко можетъ быть при увеличеніи предстательной желѣзы, то боль будетъ сопровождать растянутое состояніе пузыря, и будетъ уменьшаться, когда моча выйдетъ изъ пузыря.

Если-же боль является послѣ мочеиспусканія, то вы можете ожидать камня, который приходитъ въ соприкосновеніе съ слизистой оболочкой пузыря, когда моча изгнана изъ него.

Затѣмъ вы обращаетесь къ качеству мочи, узнаете, свѣтла она или мутна. Въ большинствѣ случаевъ въ началѣ болѣзни, моча свѣтла. Въ значительной части случаевъ увеличенія предстательной желѣзы, моча остается свѣтлою, хотя пузырь не

Рис.15.



Разрѣзъ пузыря и простаты, послѣдняя образуетъ огромную опухоль; A, передняя стѣнка пузыря; B, его полость; C, разрѣзъ передней стѣнки пузыря; U; уретра, простатическая ея часть приняла почти вертикальное направленіе; P, простата. R, прямая, кишка; S, Symphisis.

вполнѣ опорожняется уже цѣлые мѣсяцы, или даже годъ. Но когда случай затягивается, моча со временемъ непремѣнно становится мутною.

Вмѣстѣ съ тѣмъ, вы спрашиваете у больнаго о самой струѣ мочи. Вообще вы найдете, что струя мочи изъ наружнаго отверстія вытекаетъ безъ силы, чѣмъ крайне отличается отъ струи при съуженіи. Въ послѣдней болѣзни струя выгоняется часто чрезвычайно хорошо, хотя она не шире нити; пока есть еще струя, больной можетъ вліять на нее волею, дѣлать ее сильнѣе; а при увеличеніи предстательной желѣзы, какъ бы человѣкъ ни силился часто онъ не можетъ вліять на нее, развѣ только къ худшему. Дѣйствительно, средняя доля предстательной же-

лѣзы можетъ, при натугѣ, еще болѣе вталкиваться въ мочеиспускательный каналъ, и тогда больной выпускаетъ мочу тѣмъ хуже, чѣмъ больше онъ жилится. Вообще говоря, изгоняющій аппаратъ шейки пузыря втягивается въ увеличеніе предстательной желѣзы, и перестаетъ дѣйствовать; при всемъ его напряженіи разница въ силѣ мочевой струи будетъ невелика, струя вытекаетъ совершенно безсильно *).

Далѣе, вы дѣлаете четвертый вопросъ: «идетъ-ли съ мочею кровь?» Обыкновенно, въ ранніе періоды болѣзни отвѣтъ будетъ отрицательный, хотя немного крови можетъ показываться послѣ сильныхъ движеній, что будетъ напоминать камень. Вы должны взглянуть, какъ больной мочится, если только онъ въ состояніи сдѣлать это въ вашемъ присутствіи. Если струя мочи будетъ такова, какъ сказано выше, то вы заключите изъ этого, что имѣете предъ собою случай увеличенія предстательной желѣзы.

Затѣмъ, вы доканчиваете ваше распознаваніе механическими средствами, и съ этой цѣлью введете катетеръ. Но я повторяю еще разъ, для васъ крайне необходимо видѣть, какъ больной мочится, такъ какъ ваша задача состоитъ не въ томъ только, чтобы опредѣлить, что увеличеніе предстательной желѣзы существуетъ; еще болѣе важно знать, каковъ эффектъ этого увеличенія, на сколько оно служитъ препятствіемъ для выхода мочи изъ пузыря. Количество мочи, остающееся въ послѣднемъ, рѣшитъ какое леченіе должно быть предпринято. Я совѣтую вамъ употреблять гумми-эластическій катетеръ съ

---

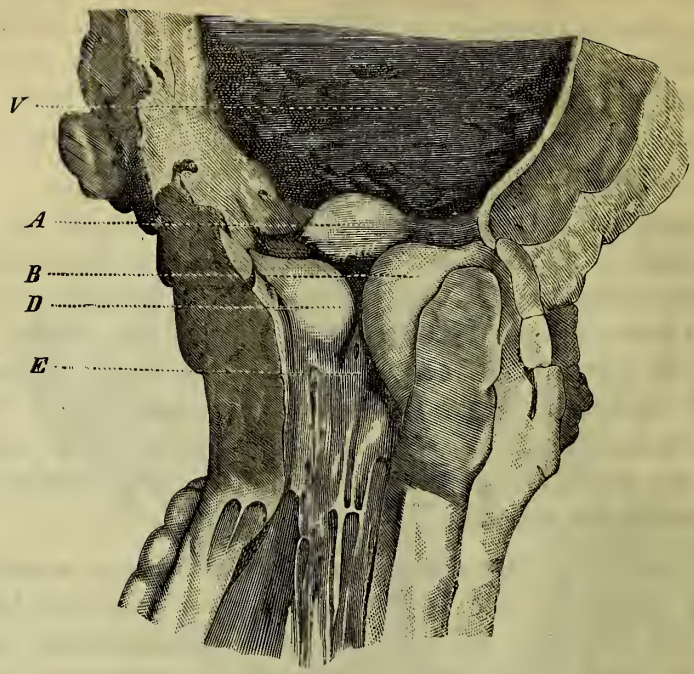
*) Разница въ выхожденіи мочи при съуженіи мочеваго канала и при гипертрофіи предстательной желѣзы можетъ быть афористически выражена такъ:

При съуженіи мочеваго канала струя мочи преимущественно измѣняется въ *своемъ калибрѣ.*

При гипертрофіи предстательной желѣзы струя мочи по преимуществу измѣняется въ *своей силѣ.*

Въ стриктурахъ каналъ дѣйствительно уменьшается въ своемъ калибрѣ, оттуда и уменьшеніе калибра струи мочи; при гипертрофіи на оборотъ мочевой каналъ нигдѣ не съуженъ, а больше или меньше закрытъ или запертъ у внутренняго своего отверстія гипертрофированными частями желѣзы, и оттого какъ бы больной ни жилился, онъ не можетъ удалить препятствія струѣ, а напротивъ иногда даже можетъ болѣе затруднить выходъ мочи.

Рис. 16.



Разрѣзъ пузыря и простаты, съ явной, хотя очень незначительной гипертрофіей, средней и боковыхъ долей. V, пузырь. A, средняя доля, образующая препятствіе въ шейкѣ пузыря. B, D, боковыя доли. E, verumontanum.

хорошей кривизной, не слишкомъ тонкій. Какъ и при стриктурѣ, всегда начинайте съ катетера не меньше какъ № 8 или 9, и конечно безъ мандрена. Вводя катетеръ, вы должны удерживать тотъ конецъ его, который у васъ въ рукѣ, направленнымъ къ паховой складкѣ, чтобы не попортить кривизны инструмента. Какъ скоро вы вошли въ пузырь, тщательно опорожните его, и замѣтьте количество выпущеной мочи. Оно можетъ очень мѣняться отъ одного унца, до какого угодно количества. Я выпускалъ 6 пинтъ, но это уже очень много; обыкновенно мочи выходитъ отъ 6 до 20 унцъ. Эту мочу, которая выведется катетеромъ и которую больной не въ состояніи изгонять собственными усиліями, я называю «мочевымъ остаткомъ»; и подъ этимъ названіемъ буду говорить о ней дальше.

Касательно употребленія катетера для больныхъ съ описанными припадками, не забудьте, что учащенное мочеиспусканіе, и еще болѣе—непроизвольное мочеиспусканіе, указываютъ на необходимость введенія катетера. Замѣчательно, какъ часты, въ этомъ отношеніи, ошибки, и не только со стороны больныхъ, но и врачей. Тутъ вводитъ въ заблужденіе то обстоятельство, на которомъ настаиваетъ больной что «я мочусь вовсе не мало; напротивъ того мочеиспусканіе слишкомъ часто, мочи слишкомъ много; мочевой пузырь навѣрно пустъ. Скажите, что я долженъ сдѣлать, чтобы быть въ состояніи сдерживать мочу, вотъ все, что мнѣ нужно. Но нечего и заботиться о выведеніи мочи». Эти увѣренія иногда удивительно дѣйствуютъ на врача. Между тѣмъ, именно при такихъ обстоятельствахъ, вы обязаны ввести катетеръ и опредѣлить настоящее положеніе вещей. Всегда помните (мнѣ хотѣлось бы напечатать это положеніе самыми большими буквами): что *непроизвольное мочеиспусканіе означаетъ задержаніе мочи, и не имѣетъ ничего общаго съ недержаніемъ мочи.*

Есть нѣсколько исключеній изъ этого правила, но ихъ очень мало. Наибольшее число ошибокъ, которыя дѣлаются въ этомъ отношеніи, зависятъ отъ употребленія или, какъ я покажу это вамъ, отъ злоупотребленія словомъ «недержаніе», которое, конечно, предполагаетъ, что пузырь пустъ; дѣйствительно, если пузырь не можетъ удерживать своего содержимаго, то такое состояніе правильно передается словомъ «недержаніе». Это бываетъ при крайне рѣдкихъ и вполнѣ опредѣленныхъ обстоятельствахъ, именно въ случаяхъ мозговыхъ, или церебро-спинальныхъ параличей, и въ рѣдкихъ случаяхъ поврежденій шейки пузыря; тогда моча вытекаетъ по мѣрѣ того, какъ она вливается въ пузырь изъ мочеточниковъ; пузырь пересталъ играть роль резервуара. Вы видите, что внѣшній, физическій признакъ вытеченія мочи тотъ же самый въ этихъ случаяхъ, какъ и въ тѣхъ, когда пузырь растянутъ мочей. Но замѣтьте, до какой степени отличны другъ отъ друга оба состоянія, о которыхъ идетъ рѣчь: при одномъ изъ нихъ пузырь полонъ, при другомъ, онъ пустъ. И такъ, встрѣчаясь съ тѣмъ непроизвольнымъ вытеченіемъ мочи изъ пузыря, которое крайне несправедливо называютъ «недержаніемъ», остерегайтесь смѣшать это состояніе съ тѣмъ, когда пузырь пустъ.

Будьте увѣрены, что здѣсь при непроизвольномъ вытеченіи мочи пузырь полонъ, и единственное средство помочь больному состоитъ во введеніи катетера. Я придаю большое значеніе всему сказанному потому, что мнѣ случалось видѣть, что незнаніе этого, стоило жизни больному. Я дѣлалъ вскрытія людей, умершихъ отъ послѣдствій задержанія мочи, неоткрытаго при жизни, непонятаго, такъ какъ моча постоянно вытекала «свободно».

Всѣ наши взгляды на извѣстные предметы, а вслѣдъ затѣмъ и дѣйствія, очень зависятъ отъ той манеры, съ какою мы употребляемъ и прилагаемъ слова, относящіяся къ этимъ предметамъ; въ высшей степени важны: ясность и опредѣленность въ языкѣ вообще, и въ частности въ отношеніи къ патологическимъ состояніямъ и хирургической практикѣ. Не могу выразить вамъ, какъ я строго отношусь къ дѣлу въ этомъ отношеніи; я ставлю себѣ задачею, указывать на безпрестанныя злоупотребленія терминами, относящимися къ нашему дѣлу.

И такъ, терминъ «*недержаніе*», который означаетъ, что пузырь пустъ, или «*не можетъ удерживать мочи*», никогда не долженъ быть употребляемъ для обозначенія того явленія, что моча больнаго вытекаетъ непроизвольно; при этомъ, какъ мы видимъ, пузырь обыкновенно полонъ. Лучше говорить о подобномъ состояніи, какъ о «непроизвольномъ мочеиспусканіи», не обозначая этимъ причины явленія, и когда этою причиною окажется растянутое состояніе пузыря, то слѣдуетъ прибавить къ выраженію «непроизвольное мочеиспусканіе» слово: «вслѣдствіе переполненія пузыря». Помня мою аксіому: «непроизвольное мочеиспусканіе означаетъ почти всегда задержаніе мочи, а вовсе не недержаніе ея», вы никогда не сдѣлаете той роковой ошибки, о которой я говорилъ, и которая дѣлается такъ часто. Тогда выраженія будутъ очень близки къ тѣмъ, какія употребляются французскими хирургами. Французы съ ихъ болѣе логическимъ употребленіемъ языка, говорятъ, что „пузырь переполненъ“, но никогда не говорятъ, что онъ «не держитъ» исключая случаевъ того, рѣдко бывающаго состоянія, когда пузырь дѣйствительно всегда совершенно пустъ.

На этомъ основаніи, я давно уже усвоилъ привычку, обозначать пузырь, который полонъ и изъ котораго избытокъ мочи вытекаетъ понемногу противъ воли больнаго, словомъ «пере-

полненный пузырь», а къ обозначенію самаго явленія т. е. вытеченія мочи прибавлять слова «вслѣдствіе переполненія пузыря»; я надѣюсь, что и вы будете поступать также. Покончивъ съ этимъ, мы дожны обратиться къ другому злоупотребленію терминовъ.

У насъ въ Англіи, то состояніе органа, о которомъ только что шла рѣчь, часто называется «параличемъ» пузыря, и это неудачное слово ведетъ къ ошибкамъ въ практикѣ. Пузырь рѣдко бываетъ парализованъ. Это случается только какъ послѣдствіе измѣненій въ спинномъ или головномъ мозгу; мы не знаемъ идіопатическихъ параличей пузыря, которые зависѣли бы отъ страданія его нервовъ, центральнаго или периферическаго. Пузырь можетъ быть не въ состояніи изгнать свое содержимое, вслѣдствіе механическихъ препятствій, каковы увеличеніе предстательной желѣзы, съуженія, камень и т. п.; или же мышцы пузыря могутъ потерять свою сократительность, вслѣдствіе долго продолжающагося, крайняго растяженія ихъ; но это будетъ «атонія». Въ подобныхъ случаяхъ не можетъ быть и рѣчи объ уменьшенной нервной дѣятельности и параличѣ; мы вернемся еще впослѣдствіи къ этому предмету (см. лекцію XVI).

Послѣ этого отступленія, которое необходимо было сдѣлать, мы обратимся опять къ распознаванію, и дополнимъ то, что уже было сказано. Больной ложится на спину, вы вводите ему палецъ въ прямую кишку, и изслѣдуете величину предстательной желѣзы, ея чувствительность; опредѣляете, съ какой стороны увеличеніе больше, справа или слѣва. Понятно, что вы дѣлаете все это какъ можно деликатнѣе. Палецъ долженъ быть намазанъ жиромъ; надо вводить его медленно. Наилучшее положеніе для больнаго—лежать на спинѣ; тогда вы можете положить другую руку надъ лоннымъ соединеніемъ, и легкое давленіе отсюда приближаетъ пузырь и предстательную желѣзу къ изслѣдующему пальцу; вы можете опредѣлить, растянутъ пузырь, или нѣтъ. Когда вы получили этимъ изслѣдованіемъ тѣ діагностическія данныя, которыя вамъ нужны, то вы можете остановиться, не затягивая дальше изслѣдованія.

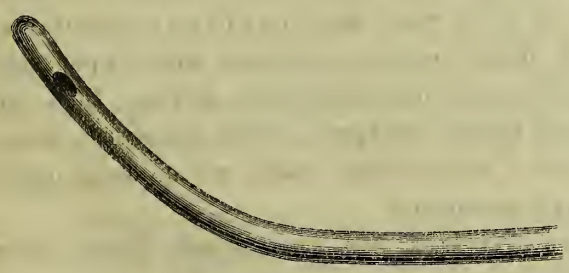
Теперь мы перейдемъ къ леченію. *Терапевтическое* леченіе гипертрофіи предстательной желѣзы можетъ быть изложено въ немногихъ словахъ. «Мы не можемъ уменьшить гипертрофіи». Часто бываетъ временное увеличеніе, вслѣдствіе гипе-

реміи; тутъ можно кое-что сдѣлать. Но настоящая гипертрофія не можетъ быть уменьшена никакими извѣстными средствами. Употреблялось множество средствъ, какъ внутреннихъ, такъ и мѣстныхъ; въ ряду послѣднихъ въ особенности іодъ. Однакоже, не смотря на восхваленія этихъ средствъ, раздававшіяся съ разныхъ сторонъ, я могу увѣрить васъ съ сожалѣніемъ, но съ полнымъ убѣжденіемъ, что ни іодъ, ни ртуть не сдѣлали ничего, кромѣ дурнаго, въ тѣхъ случаяхъ, когда они употреблялись. Кромѣ нихъ испытывались и другія средства, какъ то цикута, нашатырь, ѣдкое кали, и т. п. Я могу только еще разъ повторить вамъ, что въ настоящее время мы не знаемъ никакихъ средствъ, которыя дѣйствовали бы противъ самаго увеличенія желѣзы. Но очень многое можетъ быть сдѣлано, какъ палліативная помощь противъ послѣдствій этого страданія; это леченіе есть главнымъ образомъ механическое. Оно будетъ направлено прежде всего противъ частнаго задержанія мочи, путемъ выведенія ея катетеромъ.

Я прошу васъ обратить вниманіе на двѣ причины этого задержанія извѣстной части мочи, которую не въ состояніи изгнать никакія усилія больнаго. Первая причина есть, какъ вы знаете, препятствіе у шейки пузыря. Но съ другой стороны является неспособность мышечныхъ стѣнокъ пузыря сокращаться, и изгонять содержимое; это происходитъ слѣдующимъ образомъ. Съ цѣлью преодолѣть препятствія для вытеченія мочи, мышечныя волокна очень нарастаютъ, развивается значительная гипертрофія стѣнокъ пузыря, совершенно такъ, какъ стѣнки сердца утолщаются при существованіи препятствія теченію крови въ одномъ изъ главныхъ отверстій. Утолщенный пузырь растяжимъ гораздо меньше нормальнаго, органъ становится одинаково неспособнымъ, какъ удерживать въ себѣ много мочи, такъ и изгонять ее вполнѣ; полость пузыря уменьшается, нарушается его отправленіе, какъ резервуара, частью вслѣдствіе того, что увеличенная предстательная желѣза вдается въ полость пузыря, частью вслѣдствіе неподатливости стѣнокъ, какъ это сейчасъ сказано. Въ такихъ случаяхъ необходимо постоянное употребленіе катетера. Часто пока больной будетъ жить, онъ долженъ будетъ выводить катетеромъ больше или меньше мочи, иногда всю. Такой больной можетъ дѣлать это цѣлые годы, и тѣмъ не менѣе дѣятельно продолжать свои за-

нятія. Если это хорошо исполняется, то никакъ нельзя сказать даже, что жизнь больнаго сколько нибудь будетъ укорочена болѣзнью. Одно только нужно, какъ и всегда, когда необходимо ежедневное введеніе катетера, именно, чтобы употребляемый инструментъ, и способъ его введенія, достигали своей цѣли съ minimum боли и раздраженія. Чѣмъ чаще надо вводить катетеръ, тѣмъ болѣе существенно важно, чтобы это дѣлалось самымъ удобнымъ образомъ. Поэтому, я отложилъ до настоящей минуты то, что я имѣю сказать о самомъ инструментѣ. Причина для предпочтенія, въ принципѣ, гуммиэластическаго катетера въ этихъ случаяхъ, слѣдующая: для разныхъ больныхъ требуются разныя кривизны; англійскій гумми-эластическій катетеръ въ этомъ отношеніи оставляетъ за собою всѣ другіе инструменты: англійскіе прежніе и иностранные. Французскій катетеръ удивительно хорошъ по своей мягкости и эластичности; но ему нельзя придать извѣстной формы, какая вамъ нужна. Это свойство, которымъ обладаетъ англійскій катетеръ, быть можетъ, не такъ часто примѣняется, какъ слѣдовало бы; между тѣмъ, по моему мнѣнію, оно въ высшей степени важно. Инструментальные мастера вообще придаютъ катетеру такую кривизну, какъ показано на рисункѣ (см. рис. 17): прямой, неизогнутый достаточно конецъ. Это самая дурная форма катетера, меньше всего годная для употребленія.

Рис. 17.

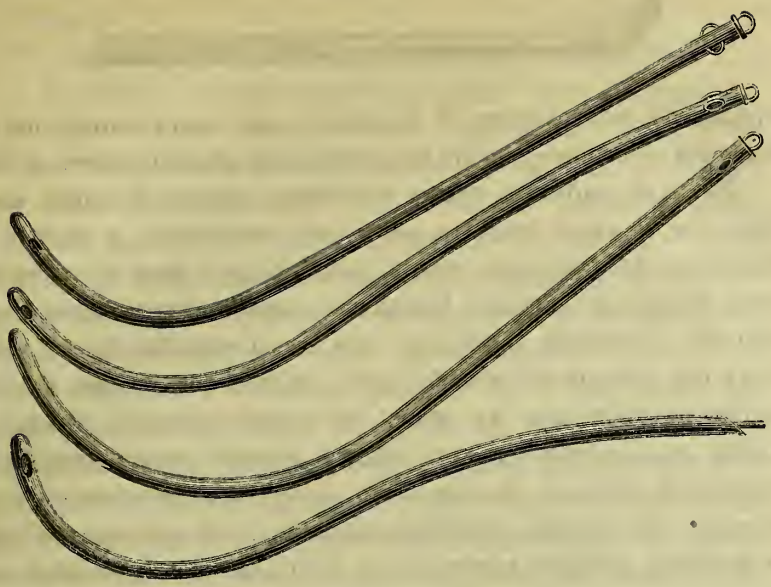


При увеличеніи предстательной желѣзы нуженъ катетеръ сильно изогнутый *у самаго конца*. Вы должны продержать катетеръ на мандренѣ, изогнутомъ еще больше, съ мѣсяцъ или около того, прежде чѣмъ употребить его въ дѣло; тогда ин-

струментъ легко будетъ удерживать надлежащую форму, при введеніи его, само собою разумѣется, безъ мандрена. Если вамъ нуженъ не гибкій инструментъ, то должно брать серебрянный катетеръ, какъ правило, но не гумми-эластическій катетеръ съ мандреномъ. Я еще разъ возвращаюсь къ кривизнѣ катетера: вамъ нужно, чтобы верхушка его могла миновать то препятствіе, какое образуется увеличенной простатой; и такъ какъ подъ вліяніемъ тепла, въ каналѣ, кривизна инструмента сглаживается, то обыкновенный англійскій катетеръ, какъ вы получаете его у мастера, становится почти прямымъ, подходя къ шейкѣ пузыря; вслѣдствіе этого имъ нельзя обойти препятствія. Если-же вы имѣете катетеръ, которому на мѣсяцъ, или на два была придана крайняя кривизна, то, удаливъ мандренъ, вы загибаете назадъ длинную часть катетера, чтобы уничтожить крайнюю кривизну, и имѣть обыкновенную. Что-же будетъ при введеніи такого катетера? Вопреки теплу, которое дѣйствуетъ на него въ мочеиспускательномъ каналѣ, такой катетеръ имѣетъ стремленіе загибаться больше, вмѣсто того, чтобы терять свою кривизну, идя чрезъ каналъ. Этимъ-то обстоятельствомъ и будетъ обезпеченъ успѣхъ. Я придаю чрезвычайную важность этой небольшой уловкѣ; она до нельзя проста: берите катетеръ съ крайней кривизной, не для стриктуры, но для увеличенной предстательной желѣзы; затѣмъ отогните назадъ тѣло катетера непосредственно передъ его употребленіемъ. Тогда кривизна катетера будетъ постепенно возрастать, по мѣрѣ того, какъ онъ будетъ подвигаться впередъ въ уретрѣ, и онъ пройдетъ въ пузырь, минуя препятствіе со стороны увеличенной предстательной желѣзы. Весь пріемъ такъ простъ, что трудно повѣрить, чтобы онъ имѣлъ такое большое значеніе, но я могу увѣрить васъ, что не знаю ничего лучшаго въ этомъ отношеніи.

Можетъ случиться, что вамъ нужна будетъ особая, спеціальная кривизна для даннаго случая. Для этого мы имѣемъ серебрянные катетеры съ различными кривизнами (См. рис. 18). Нѣкоторые изъ нихъ крайне удобны, но англійскій гумми-эластическій катетеръ, какъ я уже сказалъ вамъ, обладаетъ свойствомъ, котораго не имѣетъ никакой другой катетеръ. Положите англійскій катетеръ въ теплую воду, и затѣмъ изогните его, какъ вамъ угодно; сдѣлавъ это, опустите его тотчасъ-же

Рис. 18.



Три серебрянные для простаты катетера различной кривизны; внизу, 4-й гуммиэластическій катетеръ, надѣтый на мандренъ, желаемой кривизны.

въ холодную воду, и данная вами форма удержится. Но и лучшая форма инструмента, достигнутая такимъ образомъ, легко можетъ быть испорчена при неумѣньи вводить такой катетеръ. Само собою разумѣется, что кривизна не должна потерпѣть измѣненій, пока инструментъ проходитъ чрезъ переднюю часть канала, такъ какъ эта кривизна требуется именно для задней части канала. Поэтому-то, вводя катетеръ надо держать его направленнымъ къ паху, и подвигать penis на кривизну; тогда послѣдняя сохранится для глубокой части канала; затѣмъ движеніемъ книзу катетера, его верхушка пройдетъ въ пузырь, минуя всѣ препятствія.

Есть одна форма французскаго катетера, чрезвычайно удобная при увеличеніи предстательной желѣзы. Это прямой, очень гибкій катетеръ и только самый конецъ его загнутъ кверху, такъ что инструментъ получилъ названіе «sonde coudée», съ локтемъ. Я уже говорилъ вамъ о пользѣ этихъ инструментовъ во 2 лекціи. Инструментъ ведется горизонтально по направленію къ пузырю (при стоячемъ положеніи больнаго), и концемъ направленнымъ кверху; обыкновенно онъ проходитъ надъ препятствіями съ крайней легкостью (см. рис. 19). Иногда

Рис. 19.

придаются инструменту 2 кривизны, или локтя, тогда онъ называется «bicoudée»; но это видоизмѣненіе рѣдко бываетъ нужно.

Не надо забывать также и общаго леченія; большую часть того, что я имѣю сказать въ этомъ отношеніи, я отложу до одной изъ слѣдующихъ лекцій, когда будетъ рѣчь о хроническомъ воспаленіи пузыря. Послѣднее связано съ столькими страданіями мочевыхъ органовъ, что всего удобнѣе будетъ изложить его леченіе въ особой главѣ, вмѣсто того, чтобы безпрестанно возвращаться къ нему, по поводу каждаго страданія. Одною изъ главныхъ задачъ общаго леченія увеличенной предстательной желѣзы, должно быть *предупрежденіе мѣстной гиперемiи*. Вы должны объяснить больному, что онъ прежде всего долженъ избѣгать какого бы то ни было *простуживаніе тазовой области*, не садиться на холодные предметы, одѣваться теплѣе, онъ долженъ избѣгать слишкомъ большихъ возбужденій, половыхъ или другихъ какихъ либо, продолжительныхъ путешествій, ѣзды въ тряскихъ экипажахъ, однимъ словомъ всего, что дѣлаетъ приливъ къ тазу, и вліяетъ дурно на состояніе предстательной желѣзы; подъ вліяніемъ перечисленныхъ причинъ гиперемія временно увеличивается, и этимъ обусловливается большая часть припадковъ, которыми больной страдаетъ.

Другое важное обстоятельство, на которое должно обращать вниманіе, это *дѣятельность кишечника*. Вы можете поддерживать больнаго съ увеличенной предстательной желѣзой въ очень сносномъ состояніи, если только отправленія кишечнаго канала будутъ правильны. Если у больнаго запоръ, и куски экскрементовъ наполняютъ прямую кишку, то это часто служитъ поводомъ къ крайне тяжелымъ ощущеніямъ. Иногда простое промывательное изъ теплой воды, тотчасъ-же облегчаетъ больнаго; но если это нужно, то дѣятельности кишекъ должно помогать легкими слабительными каковы: senna, manna, cremor tartari, сѣра, или же фридрихсгалльская вода, сѣрнокислый натръ. Все что будетъ мягко, легко, безъ раздраженія поддерживать отправленія кишекъ, дастъ больному благосостояніе, далекое

отъ того тяжелаго положенія, которое сопровождаетъ привычные запоры.

Я думаю посвятить конецъ настоящей лекціи тѣмъ случаямъ увеличенія предстательной желѣзы, которыя представляютъ значительную трудность для введенія катетера, и гдѣ наступило задержаніе мочи. Вы можете быть позваны къ больному, у котораго увеличеніе предстательной желѣзы выразилось внезапно; онъ могъ имѣть припадки этого страданія, но не обращалъ на нихъ вниманія; вдругъ развивается гиперемія, больной не можетъ мочиться и вслѣдствіе этого находится въ крайне мучительномъ состояніи; тутъ не можетъ быть ни малѣйшей отсрочки, вы должны сейчасъ же помочь больному. Вы убѣждаетесь, что пузырь растянутъ, по тупости звука при постукиваніи надъ лоннымъ соединеніемъ. Быть можетъ, до васъ пытались другіе ввести катетеръ, когда вы призваны, жизнь больнаго уже въ опасности. Въ такихъ случаяхъ, вы должны прежде всего обратить вниманіе на положеніе больнаго. Я совѣтую вамъ вводить катетеръ при лежачемъ положеніи больнаго, если пузырь оченъ великъ; если онъ не особенно растянутъ, то хорошо, можетъ быть даже лучше, вводить катетеръ при стоячемъ положеніи больнаго. Вы можете лучше опорожнить пузырь при стоячемъ положеніи; но если вы находите, что пузырь очень великъ, то непремѣнно положите больнаго, передъ выведеніемъ мочи. Мнѣ извѣстны крайне несчастные случаи отъ выведенія большихъ количествъ мочи, при стоячемъ положеніи больнаго. Это можетъ быть даже причиною внезапной смерти. Если бы у меня было время, то я разсказалъ бы вамъ объ одномъ случаѣ, гдѣ вслѣдствіе такого несчастія, хирургъ былъ обвиненъ предъ судомъ въ убійствѣ больнаго. Всѣ обстоятельства этого дѣла хорошо мнѣ извѣстны, такъ какъ я былъ именно защитникомъ этого несправедливо обвиненнаго собрата. Больному былъ введенъ катетеръ при стоячемъ положеніи; когда 6 пинтъ мочи было выпущено, больной упалъ и умеръ въ обморокѣ (syncope); такъ точно, какъ это можетъ случиться съ больнымъ, имѣющимъ брюшную водянку, если вы проколете ему животъ при отвѣсной позѣ. Безъ сомнѣнія, въ томъ случаѣ о которомъ я говорю, врачъ сдѣлалъ ошибку, но было бы въ высшей степени безобразно, дѣлать изъ нея преступное дѣйствіе. Все таки случай остает-

ся поучительнымъ, и я упоминаю о немъ, чтобы показать вамъ, что въ случаяхъ, когда пузырь растянутъ, въ особенности у старыхъ людей, могутъ происходить роковые обмороки, описанным путемъ. И такъ, при растянутомъ пузырѣ, я всегда заставляю больнаго лечь, передъ введеніемъ катетера. Позаботьтесь, въ подобныхъ случаяхъ, выводить не всю мочу сразу: когда вышла кварта ея, или около того, подождите немного, не опорожняйте пузырь вполнѣ.

Если вамъ не удалось ввести гумми-эластическаго инструмента, то возьмите серебряный, въ особенности если сдѣланы ложные ходы. Серебряный простатическій катетеръ иногда необходимъ, т. е. катетеръ болѣе длинный, и съ большой кривизной, чѣмъ обыкновенные инструменты. Эти катетеры дѣлаются даже слишкомъ длинными. Дѣйствительно, для большинства случаевъ достаточно обыкновеннаго серебрянаго катетера № 10, или по большей мѣрѣ такого, который на 2 дюйма длиннѣе. Крайне рѣдко нуженъ бываетъ катетеръ въ 14 дюймовъ длины. Иногда, когда эти катетеры не проходятъ, легко проходитъ катетеръ съ короткой кривизной, такой какъ въ литотриторѣ. Никогда не забывайте, что лучшимъ указаніемъ для васъ, что вы не на настоящемъ пути, служитъ сопротивленіе, которое ощущается концемъ инструмента. Вы не имѣете здѣсь дѣла съ съуженнымъ каналомъ, онъ можетъ быть только больше или меньше замкнутъ или прижатъ, въ простатической части; поэтому, встрѣтивъ препятствіе, подвиньте инструментъ обратно, къ себѣ, и ищите другаго пути направо или налѣво. Еще разъ повторяю, никогда, ни при какихъ обстоятельствахъ, не употребляйте силы.

Могутъ сказать, почему я не упомянулъ о теплыхъ ваннахъ и опіѣ? Въ случаяхъ задержанія мочи вслѣдствіе увеличенія предстательной железы, выжидательный методъ имѣетъ очень серьезное возраженіе; именно надо брать въ разсчетъ будущее состояніе пузыря. Если вы допустите пузырь оставаться чрезмѣрно растянутымъ, положимъ день или два, то опасность въ томъ, что онъ не сократится потомъ надлежащимъ образомъ. Пузырь старика, крайне растянутый продолжительнымъ задержаніемъ, по всей вѣроятности не вернется къ нормѣ. Хотя больной хорошо мочился до того момента, какъ произошло задержаніе, но если вы оставите его слиш-

комъ долго па опіѣ, теплыхъ ваннахъ, и т. п. леченіи, то растянутый все это время пузырь будетъ впослѣдствіи поводомъ къ такимъ разстройствамъ, которыхъ можно было бы избѣжать тотчасъ же, выводя мочу катетеромъ.

Если введеніе катетера было очень трудно, то вы можете счесть нужнымъ оставить его à demeure, но это мало примѣнимо въ подобныхъ случаяхъ. Лучше выньте катетеръ и потомъ опять вводите его, потому что предстательная желѣза будетъ раздражаться инструментомъ, оставленнымъ à demeure. Это совсѣмъ не то, что съуженіе, которое часто очень хорошо лечится катетеромъ à demeure; предстательная желѣза всегда болѣе или менѣе раздражается этимъ. Во всякомъ случаѣ, гибкій инструментъ будетъ меньше раздражать, чѣмъ серебряный. Лучше всего, если вы можете ввести вульканизированный каучуковый катетеръ: только такой хорошо выносится мочеиспускательнымъ каналомъ при увеличеніи простаты. Иногда вы можете ввести этотъ катетеръ рядомъ короткихъ, быстрыхъ толчковъ, или, если это не удается, то вы надѣнете его на мандренъ любой кривизны, какая вамъ нужна и затѣмъ, по введеніи катетера вынете мандринъ. Не трудно удержать на мѣстѣ разъ введенный катетеръ надлежащимъ подвязываніемъ, пользуясь для этого волосами лобка. Такой катетеръ имѣетъ еще одно достоинство, что онъ рѣдко инкрустируется фосфорнокислыми солями; гибкость его позволяетъ больному даже прохаживаться по комнатѣ. Короткая металлическая трубочка, введенная въ свободный конецъ катетера, дѣлаетъ его еще болѣе удобнымъ для ношенія. Иногда эти катетеры дѣлаются съ «крыльями» на концѣ, вводимомъ въ пузырь, съ цѣлью удерживанія инструмента неподвижнымъ; но подобныя крылья только раздражаютъ каналъ и затрудняютъ выведеніе инструмента. Во всякомъ случаѣ катетеръ изъ вульканизированнаго каучука иногда оказываетъ большія услуги.

Если, по устраненіи задержанія мочи, пузырь не получаетъ вновь своего тона, то придется вводить катетеръ два или три раза каждые 24 часа; тогда вы научите самаго больнаго введенію катетера; часто послѣ нѣсколькихъ наставленій, это удается ему замѣчательно хорошо. Что касается того, какъ часто больной долженъ вводить себѣ катетеръ, то это будетъ зависѣть главнымъ образомъ отъ количества мочи, остающейся

въ пузырѣ послѣ натуральнаго мочеиспусканія. Собственныя ощущенія больнаго не могутъ рѣшить этотъ вопросъ; и если вы находите, что больной, помочившись, удерживаетъ еще, положимъ, 6 унцій мочи, то по всей вѣроятности будетъ достаточно введенія катетера два раза, вечеромъ и утромъ. Моча должна быть вся выведена, иначе она будетъ разлагаться, станетъ раздражающею, послѣдуетъ развитіе хроническаго воспаленія мочеваго пузыря. Если послѣ мочеиспусканія остается пинта мочи въ пузырѣ, то его должно опорожнять, вообще говоря, 3 раза въ день. Если же больной вовсе не можетъ мочиться, собственными силами, то надо вводить 4 или 5 разъ, или даже больше, во всякомъ случаѣ не меньше, чѣмъ 3 или 4 раза въ продолженіи 24 часовъ.

Вы часто увидите (и это очень важное обстоятельство), что хотя до времени приступа задержанія, или вообще необходимости употребленія катетера, моча была совершенно свѣтла, теперь съ началомъ привычнаго введенія катетера, больной получаетъ болѣе или менѣе выраженное хроническое воспаленіе пузыря, лихорадитъ, дурно себя чувствуетъ. Такъ очень часто бываетъ съ людьми, которые вдругъ переходятъ отъ естественнаго мочеиспусканія къ неестественному. Когда долженъ быть сдѣланъ этотъ переходъ, это требуетъ извѣстнаго обсужденія съ вашей стороны; но какъ скоро вы найдете необходимымъ правильное введеніе катетера, больной нерѣдко подвергается нѣкоторымъ измѣненіямъ въ своемъ общемъ состояніи, и вы должны быть на готовѣ, слѣдить за послѣдствіями леченія.

Сэръ Бенжаменъ Броди первый замѣтилъ, въ своихъ прекрасныхъ лекціяхъ о мочевыхъ органахъ, что иногда больные медленно погибаютъ отъ истощенія и лихорадки, вслѣдъ затѣмъ, какъ было начато употребленіе катетера. Средство противъ такихъ печальныхъ послѣдствій, которое предупреждаетъ ихъ, слѣдующее: не опорожняйте пузырь вполнѣ, въ самомъ началѣ употребленія катетера. Если больной привыкъ удерживать, послѣ мочеиспусканія, можетъ быть цѣлую пинту мочи, то это будетъ большая перемѣна для него, имѣть пузырь совершенно пустымъ 2 или 3 раза въ день; тогда органъ становится раздражительнымъ, въ мочѣ является гной, больной теряетъ аппетитъ, начинаетъ лихорадить, и иногда его жизнь

подвергается опасности. Правило, въ такихъ случаяхъ дѣйствовать осторожно. Вмѣсто того чтобы выводить пинту мочи, выводите 1/2 пинты; оставляйте часть мочи въ пузырѣ, вступайте такимъ образомъ въ сдѣлку между состояніемъ пузыря и общимъ состояніемъ больнаго. Выводите сначала половину или двѣ трети пинты, и этимъ уже вы поможете; постепенно въ теченіи мѣсяца, вамъ можно будетъ дойти до полнаго опорожненія пузыря, и все будетъ идти прекрасно *).

Однакожъ, не смотря на всѣ ваши старанія, иногда встрѣтится случай, что въ теченіи всего времени введенія катетера, языкъ постепенно будетъ дѣлаться болѣе краснымъ, сухимъ, сжатымъ; силы постепенно будутъ падать, чувства притупляться и наконецъ больной умретъ. При вскрытіи, въ такихъ случаяхъ, вы всегда найдете давно длящійся pyelitis, сопровождаемый измѣненіями въ строеніи почекъ, и вы убѣдитесь, что во всякомъ случаѣ больной не могъ бы прожить долго.

---

*) Професоръ Траубе, въ Берлинѣ, лѣтъ двѣнадцать тому назадъ въ журналѣ «Berliner klinische Wochenschrift», помѣстилъ новую теорію измѣненій претерпѣваемыхъ мочею вслѣдствіе ежедневнаго катетеризма, и общихъ припадковъ вслѣдствіе этого развивающихся. Случай бывшій причиною появленія этой теоріи былъ вкратцѣ описанъ въ «Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 8 avril. 1864».

Дѣло идетъ объ 73-лѣтнемъ старикѣ, одержимомъ въ продолженіи двухъ лѣтъ неполнымъ задержаніемъ мочи. За симъ сдѣлалось полное задержаніе, потребовавшее катетеризма. Операція сдѣлана серебрянымъ катетеромъ, употреблявшимся обыкновенно въ палатахъ; въ первый разъ моча была выпущена совершенно прозрачная. Но при послѣдующихъ введеніяхъ катетера моча дѣлалась все болѣе и болѣе мутною и непрозрачною, потомъ стала аммоніакальною и вмѣстѣ съ тѣмъ развились сильные приступы лихорадки. Микроскопъ въ помутившей мочѣ открылъ почти исключительно громадное количество вибріоновъ.

Траубе подъ вліяніемъ идей Пастера объясняетъ, что въ этомъ случаѣ отъ развитія инфузорій произошло разложеніе мочевины (ureum) въ углекислый амміакъ, и какъ слѣдствіе этихъ разложеній, было появленіе сильныхъ общихъ и мѣстныхъ припадковъ. И какъ вибріоны, не могли быть иначе перенесены больному, какъ употреблявшимся катетеромъ, посему изъ этого наблюденія вытекаетъ слѣдующее практическое правило: если для катетеризма употребляютъ серебряный катетеръ, бывшій уже въ употребленіи, то его должно, предварительно, погрузить въ кипящую воду, и потомъ прошприцовать его водою той же температуры. Что-же касается до эластическихъ зондовъ, то ихъ не слѣдуетъ употреблять болѣе одного раза.

ЛЕКЦІЯ VI.

Задержаніе мочи.

Мм. Гг. Предметомъ настоящей лекціи будетъ задержаніе мочи. Если вы помните, каково состояніе больнаго, который не можетъ мочиться, какова та острая непрерывная боль, которая мучитъ больнаго, то вы понимаете, какъ важно помочь, и притомъ какъ можно скорѣе. Въ практикѣ немного случаевъ, гдѣ вамъ будутъ такъ благодарны, если ваше леченіе произведено искусно и быстро. Я думаю каждый, кто испыталъ, хотя бы въ теченіи короткаго времени, невозможность мочиться при растянутомъ пузырѣ, имѣетъ слабое понятіе о томъ страданіи, какое наступаетъ при невозможности мочиться въ теченіи нѣсколькихъ часовъ, или даже дней; при этомъ не только крайне велики физическія страданія, не только сильна боль, но является и крайнее моральное безпокойство. Больной боится, что пузырь лопнетъ (впрочемъ это исключительно рѣдкое обстоятельство), и рисуетъ себѣ самыми темными красками то положеніе, которое должно наступить, если не будетъ тотчасъ-же подана помощь.

Задержаніе мочи часто встрѣчается въ госпиталяхъ, но оно далеко не такъ обыкновенно въ частной практикѣ. Образъ жизни, болѣе трудныя профессіи тѣхъ людей, которые приходятъ въ госпиталь, обусловливаютъ эту разницу, поэтому если это страданіе встрѣтится у больнаго изъ высшихъ классовъ общества, то оно всегда очень серьезно. Во всякомъ случаѣ, это страданіе потребуетъ всѣхъ вашихъ заботъ и искусства.

Съ другой стороны, если вы дѣйствуете успѣшно, то помощь, оказываемая вами, сказывается немедленно. Это совсѣмъ

не то, что проблематическій результатъ извѣстной дозы лекарства, результатъ, который скептическій больной всегда можетъ отнести исключительно къ вліянію нашего великаго союзника, цѣлительной силы природы. Въ этихъ-же случаяхъ не можетъ быть мѣста для сомнѣнія относительно результата леченія, если, послѣ 24 часовъ сильныхъ мученій, вслѣдъ за вашимъ искуснымъ употребленіемъ катетера, наступаетъ облегченіе, и вашей рукой выводится двѣ или три пинты мочи, которыхъ больной не въ состояніи былъ выпустить. Больной говоритъ вамъ, что онъ «на небѣ»; это обыкновенное выраженіе, и онъ не усумнится ни на минуту въ томъ, что вы были виновникомъ этого «вознесенія».

Задержаніе мочи является въ трехъ типическихъ формахъ и каждая изъ нихъ требуетъ особаго леченія. Могутъ встрѣтиться однакожъ случаи, которые не могутъ быть безусловно подведены подъ одну изъ этихъ трехъ формъ, но принадлежатъ какъ бы вмѣстѣ къ нѣсколькимъ изъ нихъ. Во всякомъ случаѣ предлагаемая классификація, условно принятая, можетъ быть для практики очень полезна. И такъ 1) вы можете встрѣтиться съ задержаніемъ мочи у молодаго и здороваго человѣка, который не имѣетъ стрикгуры, 2) задержаніе можетъ наступить у человѣка зрѣлаго возраста, съ развитой органической стриктурой, и 3) оно можетъ явиться у человѣка, который ни молодъ, ни крѣпокъ, который не имѣетъ съуженія, но имѣетъ увеличенную предстательную желѣзу. О послѣдней формѣ задержанія, я ничего не имѣю сказать; о ней была уже рѣчь въ предъидущей лекціи, и тамъ-же было изложено, какимъ образомъ должно оказывать помощь въ подобныхъ случаяхъ задержанія мочи, обусловленнаго гипертрофіей простаты. Но я обращу теперь ваше вниманіе на двѣ остальныя формы, именно: *задержаніе вслѣдствіе воспалительнаго припуханія предстательной железы и задержаніе, вслѣдствіе органической стриктуры.*

Что касается первой изъ этихъ формъ, то по всей вѣроятности вы встрѣтитесь съ исторіей такого рода: въ теченіи мѣсяца, или 6 недѣль, больной, обыкновенно молодой человѣкъ, имѣлъ перелой. Леченіе значительно облегчило его и потому больной позволилъ себѣ то, или другое отступленіе отъ режима, которому онъ былъ подвергнутъ послѣднее вре-

мя. Такъ, можетъ быть, онъ позволилъ себѣ нѣкоторый излишекъ въ употребленіи спиртныхъ напитковъ, можетъ быть сдѣлалъ какія нибудь слишкомъ сильныя физическія усилія, напр. игралъ партію крикета, или что нибудь въ этомъ родѣ, и разгоряченный сѣлъ на холодный камень, или сырую траву; или наконецъ больнаго коснулось какое нибудь сильное нравственное возбужденіе. При такихъ условіяхъ можетъ развиться то, что называется «воспалительной стриктурой». Позвольте мнѣ еще разъ повторить вамъ, что это состояніе не имѣетъ права называться стриктурой. Прежде всего, воспаленіе занимаетъ по всей вѣроятности шейку пузыря, или предстательную часть мочеваго канала.

Трудно опредѣлить это, развѣ только путемъ догадокъ, подтверждаемыхъ впрочемъ изслѣдованіемъ чрезъ прямую кишку; къ счастію, крайне рѣдко представляются случаи дѣлать вскрытія при такихъ обстоятельствахъ, такъ какъ больные не погибаютъ отъ болѣзни. Но что почти не подлежитъ сомнѣнію, это извѣстная степень воспаленія и увеличенія предстательной желѣзы, состояніе ни мало не похожее на стриктуру; тутъ нѣтъ съуженія ограниченнаго извѣстной частью канала, а имѣется набуханіе предстательной желѣзы, которое препятствуетъ, изгоняющему аппарату пузыря, дѣйствовать и выводить мочу. Такова обыкновенно дѣйствительная основа того состоянія, которое называется «воспалительнымъ, спазмодическимъ задержаніемъ».

Это состояніе предстательной желѣзы очень похоже на состояніе миндалевидныхъ желѣзъ при angina tonsillaris. Оба страданія состоятъ въ увеличеніи желѣзъ, ограничивающихъ собою узкіе пути, и нарушающихъ, при увеличеніи своемъ, отправленія этихъ путей; обѣ болѣзни развиваются быстро и могутъ быть вызваны простудой. Каковы-же ранніе припадки воспалительнаго задержанія мочи? Прежде всего, нѣкоторое уменьшеніе гонорройнаго отдѣленія. Точно такъ, какъ при orchitis, когда воспаленіе мочеиспускательнаго канала повидимому уступаетъ, чтобы перейти на одно изъ яичекъ, и при воспаленіи простаты отдѣленіе изъ канала уменьшается. При изслѣдованіи чрезъ прямую кишку можно убѣдиться въ чувствительности и увеличеніи простаты. Затѣмъ струя мочи непремѣнно становится уже, и въ самое короткое время больной

совсѣмъ теряетъ способность мочиться. Онъ лихорадитъ, очень безпокоится и ощущаетъ сильную боль въ нижней части живота и въ промежности. Тѣ, кто страдаетъ стриктурами, могутъ до нѣкоторой степени привыкать къ затрудненію мочеиспусканія; но если этимъ поражается молодой, дѣятельный человѣкъ, въ первый разъ, то онъ впадаетъ въ состояніе крайняго безпокойства.

Скажемъ теперь о леченіи подобнаго случая. Больной требуетъ немедленной помощи и объявляетъ, что онъ не можетъ дольше выносить страданій. Онъ лежитъ изогнувшись, съ цѣлью уменьшить давленіе брюшныхъ мышцъ на пузырь; больной дышетъ коротко и отрывисто, чтобы избѣжать вліянія дыхательныхъ движеній на пузырь. Старое леченіе подобныхъ случаевъ, — бывшее классическимъ лѣтъ 20 тому назадъ, — было кровоизвлеченіе изъ руки, или промежности, горячія ванны одна за другой, и большія дозы опія, для того, чтобы дать больному возможность выносить боль, и обойти употребленіе катетера. Такой образъ дѣйствій основывали на томъ, что при воспаленномъ состояніи канала, можно было-бы сдѣлать больше вреда, чѣмъ пользы катетеромъ, и потому предполагали успокоить боль кровопусканіемъ. Я уже сказалъ вамъ, что ни мало не сочувствую подобному леченію, хотя оно и до сихъ поръ въ ходу. Дѣйствительно, во первыхъ вы должны думать о дальнѣйшихъ послѣдствіяхъ; если вы допустите, что пузырь, хотя бы и молодаго человѣка, останется растянутымъ въ теченіи 38, или 48 часовъ, изъ боязни употребить инструментъ, то изъ этого могутъ возникнуть на долго дурныя послѣдствія. Я видѣлъ больныхъ, которые на цѣлые годы лишались способности опорожнять пузырь, послѣ леченія такого рода.

Крайнее и продолжительное растяженіе этого органа иногда разрушаетъ, или уменьшаетъ навсегда его сократительную силу, и производитъ состояніе, которое совершенно справедливо называется «атоніей пузыря».

Слѣдовательно, если вы вводите катетеръ, даже съ рискомъ нѣсколько повредить каналу, то мнѣ кажется, вы все таки дѣйствуете благоразумно, пренебрегая этимъ небольшимъ рискомъ, чтобы избавить больнаго отъ другой опасности.

Но введеніе катетера можетъ быть и не сопряжено съ большимъ рискомъ. Въ этихъ случаяхъ я беру гибкій кате-

теръ умѣреннаго калибра, не шире № 6 (англійской скалы),— такъ какъ болѣе толстый причинилъ-бы боль; этому катетеру придается довольно значительная кривизна, какъ это было сказано выше, потому что его приходится вводить чрезъ нѣсколько припухшую предстательную желѣзу. Или же можно употребить французскій эластическій катетеръ съ головчатымъ концомъ, или наконецъ эластическій колѣнчатый катетеръ, называемый «sonde coudée». Такимъ путемъ, вообще говоря, не трудно помочь больному, который будетъ крайне благодаренъ вамъ за то, что вы сдѣлаете для него; если-же вы подвергаете больнаго длинной процедурѣ, и наконецъ онъ помочится самъ, то онъ будетъ сравнительно весьма немного благодаренъ вамъ, и притомъ подвергается опасности, о которой я говорилъ вамъ, т. е. атоніи пузыря. Въ случаѣ, если гибкіе катетеры не проходятъ, вы должны попытаться ввести серебряный катетеръ той-же величины.

Я думаю, что однимъ изъ первыхъ, отказавшимся отъ прежней системы кровоизвлеченій и горячихъ ваннъ, былъ Гютри. Въ прекрасныхъ сочиненіяхъ этого опытнаго хирурга, вамъ встрѣтится одинъ анекдотъ, относящійся къ занимающему насъ предмету. Авторъ разсказываетъ объ одномъ своемъ визитѣ больному, съ задержаніемъ мочи того рода, о которомъ мы говоримъ теперь, и излагаетъ, сильнымъ и выразительнымъ языкомъ, ту причину, по которой онъ навсегда оставилъ систему ваннъ и кровоизвлеченій, и впослѣдствіи прямо обращался къ катетеру въ подобныхъ случаяхъ.

Вотъ все, что я имѣлъ сказать о воспаленіи предстательной желѣзы, на сколько оно можетъ препятствовать мочеиспусканію.

Нѣтъ надобности сколько нибудь останавливаться на *спазмическомъ задержаніи*, которое рѣдко случается. Безъ сомнѣнія воспалительное состояніе мочеиспускательнаго канала можетъ сопровождаться спазмомъ мышцъ; но точное опредѣленіе доли, которую имѣютъ въ произведеніи задержанія мочи эти оба элемента вмѣстѣ, трудно и въ сущности не оказываетъ особеннаго вліянія на леченіе.

Затѣмъ я перехожу ко второй формѣ *задержанія* мочи, именно *вслѣдствіе органической стриктуры*. Тутъ обыкновенно приходится имѣть дѣло съ немолодымъ человѣкомъ, такъ

какъ рѣдко бываетъ, чтобы молодые люди страдали выраженною органическою стриктурою. Какъ правило, впрочемъ не безъ исключеній, больной по большей части страдаетъ стриктурою десять или двѣнадцать лѣтъ, прежде чѣмъ наступитъ полное задержаніе мочи. Призванные къ больному, вы прежде всего должны убѣдиться въ существованіи стриктуры. По всей вѣроятности, вы найдете больнаго страдающимъ менѣе мучительно, чѣмъ въ предъидущей формѣ задержанія, хотя все-же очень тяжело; развитіе случая шло болѣе постепенно, и приступъ задержанія, можетъ быть, не былъ вызванъ какимъ-нибудь очень неблагоразумнымъ поступкомъ больнаго. Онъ мочился съ трудомъ уже цѣлыя недѣли и мѣсяцы, и наконецъ какое нибудь незначительное само по себѣ обстоятельство, сдѣлалось причиною полнаго задержанія. Или же въ этихъ случаяхъ можетъ не быть полнаго задержанія, какъ въ первой формѣ этой болѣзни; моча можетъ нѣсколько сочиться, и этимъ недостаточнымъ образомъ больной можетъ облегчать себя въ теченіи цѣлыхъ дней. Все же пузырь крайне растянутъ, и случай представляетъ собою весьма серьезное задержаніе мочи. Вѣроятно также окажется, что такой больной пріученъ къ инструментамъ. Вы должны взять катетеръ средняго калибра, и провести его до съуженнаго мѣста, чтобы опредѣлить, гдѣ оно находится. По всей вѣроятности оно окажется на четыре или пять дюймовъ отъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала. Затѣмъ вы возьмете самый тонкій эластическій катетеръ, и попробуете ввести его въ пузырь; если вы будете такъ счастливы, что это удастся, то вы оставите катетеръ à demeure, и вамъ такимъ образомъ не придется больше затрудняться введеніемъ его.

Но подобный случай задержанія еще не оченъ трудный. Предполагая, что нельзя было ввести эластическій катетеръ, я совѣтую вамъ тогда взять серебряный, оченъ тонкій, № 1 или меньше, и вводить его такъ, какъ это было объяснено въ одной изъ прежнихъ лекцій.

Не смотря на всѣ старанія и искусство ваше, и вашихъ друзей, которыхъ вы призовете, можетъ случиться, что инструментъ не пройдетъ. Можетъ быть по причинѣ ложныхъ путей, а ихъ легко сдѣлать, или по какой либо другой причинѣ, случай тогда сдѣлался такимъ труднымъ, что почти невоз-

можно ввести катетеръ для кого бы то ни было, послѣ того, какъ это не удалось вамъ. Тогда является вопросъ: что-же дѣлать дальше? Прежде всего въ этихъ случаяхъ многое можетъ быть достигнуто опіемъ и теплыми ваннами. Предположите, что моча сочится еще каплями и вы отступаете передъ *послѣднимъ средствомъ*, т. е. проколомъ пузыря, или другой операціей для устраненія задержанія мочи; тогда вы имѣете еще для нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ хорошій средній путь. Больной все время можетъ быть оставался въ прохладной температурѣ; дайте ему теперь воспользоваться благодѣтельнымъ вліяніемъ теплой постели, горячихъ ваннъ, вмѣстѣ съ большими дозами опія, но именно большими; опій успокоитъ непроизвольныя натуги, которыми больной не можетъ нисколько владѣть, какъ онъ не владѣетъ дыхательными движеніями; а между тѣмъ эти натуги не въ состояніи изгнать мочу изъ пузыря и часто только ухудшаютъ состояніе больнаго. Результатомъ этого леченія можетъ быть то, что моча начнетъ сочиться свободнѣе, и чрезъ два или три дня потечетъ и болѣе широкой струей; тогда можно будетъ ввести инструментъ безъ большаго труда. Такимъ образомъ больной будетъ избавленъ отъ операціи, если только была возможность отложить ее. Однакожъ, я не совѣтую вамъ ждать слишкомъ долго; впрочемъ для больнаго лучше, если операція будетъ обойдена изложеннымъ образомъ, чѣмъ сдѣлана, съ вредомъ для него, невѣрною рукою, все равно ножемъ или катетеромъ. Дѣйствительно, почти всѣ довѣряютъ своимъ силамъ, когда приходится обращаться къ помощи инструментовъ, на больномъ съ задержаніемъ мочи. Но если вы убѣждены, что не сдѣлаете пользы больному катетеромъ, и еще больше, если вы убѣждены, что сдѣлаете вредъ, то въ большинствѣ случаевъ вы можете съ успѣхомъ употребить опій, или вдыханіе хлороформа, съ теплыми ваннами и припарками, для удовлетворенія крайнихъ, настоятельныхъ показаній.

Но допустимъ, что вы сдѣлали все, что только можетъ быть сдѣлано въ этомъ тяжеломъ случаѣ, и что тѣмъ не менѣе для оказанія помощи больному требуется еще другое и крайнее средство.

Пузырь все увеличивается, не смотря на назначенное вами леченіе. Вы тщательно изслѣдуете область надъ лоннымъ сое-

диненіемъ и находите здѣсь напряженную, большую опухоль, которая доходитъ до пупка или около того, и больше похожа на беременную матку, чѣмъ на пузырь. Въ нѣкоторыхъ однакожъ случаяхъ застарѣлыхъ стриктуръ вы не встрѣтитесь непремѣнно съ обширною тупостью надъ лоннымъ соединеніемъ, ибо въ подобныхъ случаяхъ пузырь бываетъ утолщенъ и сокращенъ. Введя палецъ въ прямую кишку, вы и здѣсь встрѣчаете опухоль, образованную растянутымъ пузыремъ; вы стараетесь тогда убѣдиться еще въ зыбленіи жидкости.

Если помѣстивъ руку надъ лобкомъ, я ощупаю явственную волну, передающуюся пальцу, введенному въ прямую кишку, то я знаю мѣсто, гдѣ труакаръ безопасно можетъ быть вколотъ. Точно также если я нахожу хорошо очерченную, закругленную опухоль надъ лобкомъ, тупую при постукиваніи, съ яснымъ и отчетливымъ звукомъ кишекъ вокругъ, то я имѣю основаніе думать, что операція надъ лобкомъ будетъ успѣшна.

Но здѣсь возникаетъ вопросъ: отчего бы не попытаться опорожнить пузырь операціею на самомъ мочеиспускательномъ каналѣ со стороны промежности, такъ чтобы, если это возможно, достигнуть заразъ и излеченія стриктуры, и опорожненія пузыря? Не будетъ - ли хорошо убить сразу двухъ птицъ однимъ камнемъ, не довольствуясь только проколомъ пузыря со стороны прямой кишки или надъ лобкомъ?

Позвольте мнѣ привести вамъ различные взгляды хирурговъ, относительно занимающаго насъ теперь вопроса. Прежде всего я приведу мнѣніе Листона. Онъ говорилъ разъ, на лекціи, что въ теченіи всей своей дѣятельности въ Royal Infirmery, въ Эдинбургѣ, и затѣмъ въ этомъ госпиталѣ, онъ никогда не дѣлалъ прокола пузыря, вслѣдствіе задержанія мочи. Это было сказано имъ уже не задолго до смерти, за три или четыре года. Съ другой стороны, въ Лондонѣ есть хирурги, которые дѣлали проколъ пузыря пятьдесятъ разъ и больше. Листонъ давалъ понять, что хорошему хирургу рѣдко придется быть въ такомъ положеніи, чтобы потребовались какія либо другія средства кромѣ катетера въ случаяхъ задержанія мочи. Но не подумайте, чтобы тѣ хирурги, о которомъ я только что говорилъ, сдѣлали свои пятьдесятъ проколовъ пузыря потому, что не могли ввести катетера при задержаніи мочи, они просто считали благоразумнѣе дѣлать проколъ пузыря, чѣмъ

слишкомъ настаивать на введеніи катетера. Кромѣ того, Листонъ и Гютри въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣлали операцію со стороны промежности; я говорилъ уже вамъ объ этой операціи. Дѣйствительно, со стороны промежности можно достигнуть до мочеиспускательнаго канала позади стриктуры. Не входя въ подробныя разсужденія о предметѣ, я только скажу вамъ, что эта операція оставлена въ послѣдніе годы. Весьма не легко найти каналъ позади стриктуры; можно сдѣлать неудачный разрѣзъ промежности, и вовсе не найти канала. Притомъ, можетъ быть вовсе не нужно въ данномъ случаѣ дѣлать разрѣзъ съуженнаго мѣста; когда наступаетъ время для леченія стриктуры, она можетъ быть уступитъ расширенію *). Кокъ въ Guys Hospital не разъ высказывался за проколъ чрезъ прямую кишку; онъ считаетъ это превосходнымъ способомъ. Кокъ говоритъ: «если только отвести мочу отъ мочеваго канала на нѣсколько дней, то онъ придетъ самъ собою, въ гораздо лучшее состояніе, и тогда легко будетъ лечить стриктуру». И часто это совершенно вѣрно. Кокъ дѣлаетъ проколъ пузыря со стороны прямой кишки при условіяхъ, которыя мы теперь изучили; вотъ его инструментъ для этой операціи. Та-

*) Г. Томсонъ отвергаетъ наружную уретротомію, boutonniére périnéale, не только какъ методъ леченія (исключая нѣкоторыхъ случаевъ фистулъ), но и тогда, когда съуженіе не пропускаетъ зонда и осложняется задержаніемъ мочи. При этомъ послѣднемъ обстоятельствѣ, Томсонъ предпочитаетъ проколъ пузыря. Мы думаемъ, что большинство хирурговъ, которые видѣли, или сдѣлали сами нѣкоторое число операцій наружной уретротоміи, будутъ того-же мнѣнія, именно, что эта широкая брешь, дѣлаемая нѣсколько наудачу, чрезъ луковицу, должна быть *послѣднимъ средствомъ*, которое надо предложить больному только тогда, когда болѣе вѣрныя средства не удались, или неприложимы. Нѣтъ статистики, какъ бы блистательна она ни была, которая могла бы уничтожить впечатлѣніе, оставляемое операціей, и которая не потерпѣла бы скоро пораженія отъ фактовъ въ практикѣ того-же хирурга, который увлекся бы ею; профессоръ Саймъ въ Эдинбургѣ, который дожилъ до своей восьмидесятой urethrotomia perinealis безъ одного случая смерти, пока еще не нашелъ себѣ соревнователя. Однакоже, два извѣстныхъ хирурга, профессоръ Бекель, изъ прежняго Страсбургскаго факультета, и д—ръ Гулсй, въ Нью-Іоркѣ, вновь обратили вниманіе на эту операцію.

Замѣтка профессора Бекеля, столь существенная и ясная, основана на 12 случаяхъ наружной уретротоміи, изъ его практики и изъ практики другихъ операторовъ *). Мы замѣтимъ только, что для автора показаній къ наружной уретротоміи четыре: 1) непроходимое съуженіе безъ задержанія мочи, 2) непроходимое съуженіе

*) De l'uréthrotomie externe dans les rétrécissements uréthraux graves ou compliqués, par le Dr. Eug. Boeckel. Strasbourg. 1868.

кимъ образомъ моча совсѣмъ перестаетъ идти чрезъ мочеиспускательный каналъ, онъ остается сухимъ, такъ сказать; въ короткое время становится возможнымъ провести чрезъ него катетеръ, напр. № 2, 3, или 4, хотя прежде нельзя было ввести даже № 1. Таково леченіе стриктуры, употребляемое Кокомъ; во всякомъ случаѣ онъ доказалъ, какъ легко и безопасно можетъ быть исполненъ проколъ, и короче познакомилъ насъ съ операціей, которую прежде часто считали за крайне серьезную и тяжелую.

Мой личный опытъ относительно прокола пузыря при задержаніи мочи ограничивается двумя случаями, при увеличе-

---

осложенное задержаніемъ мочи, 3) съуженіе проходимое, но осложненное фистулами или посторонними тѣлами въ пузырѣ, 4) травматическое съуженіе съ задержаніемъ мочи.

Работа д-ра Гулея *), основанная на 25 его операціяхъ наружной уретротоміи на промежности, имѣетъ цѣлью добиться для этой операціи почетнаго мѣста въ ряду различныхъ способовъ, примѣняемыхъ къ стриктурамъ уретры, и затѣмъ познакомить съ оперативнымъ методомъ, изобрѣтеннымъ авторомъ. Вотъ сущность этого метода. Нитевидный бужъ изъ китоваго уса, проводится, если это возможно, чрезъ съуженіе, и служитъ проводникомъ для стальнаго катетера; желобоватый конецъ послѣдняго имѣетъ маленькій мостикъ, подъ который вводится бужъ изъ китоваго уса. Если стальной катетеръ не можетъ проникнуть, бужъ изъ китоваго уса все таки оказываетъ нѣкоторыя услуги въ указаніи хода канала. Дойдя до уретры со стороны промежности, Гулей вводитъ въ уретру ножъ Вебера, очень употребительный для надрѣзыванія слезныхъ каналовъ; операція и оканчивается раздѣленіемъ уретры извнутри кнаружи; какъ говоритъ самъ Гулей, дѣлается бистуреемъ внутренняя уретротомія чрезъ разрѣзъ на промежности. 25 случаевъ, приводимые въ статьѣ, были: 9 случаевъ непроходимыхъ съуженій, изъ которыхъ 2 были усложнены фистулами; 2 случая закрытія уретры, гдѣ операція была сдѣлана только для того, чтобы произвести фистулу для выхода мочи; 6 случаевъ проходимыхъ съуженій осложненныхъ фистулами; наконецъ 8 случаевъ проходимыхъ съуженій безъ фистулы, гдѣ задержаніе мочи было или уже наступившимъ фактомъ, или угрожало появиться. Эти 25 операцій дали 4 смерти: 2 вслѣдствіе далеко развитыхъ почечныхъ измѣненій, 1 вслѣдствіе піэміи, 1 влѣдствіе эмболіи сердца. Только въ 4 случаяхъ упоминается о предварительныхъ попыткахъ расширенія, или другихъ методахъ. Одинъ изъ насъ, благодаря любезности д-ра Гулея, присутствовалъ при одной его наружной перинеальной уретротоміи, не упомянутой въ статьѣ. Успѣхъ былъ полный; при всемъ томъ, мы продолжаемъ считать этотъ методъ только крайнимъ средствомъ, которое можетъ быть примѣнено въ рѣдкихъ и хорошо опредѣленныхъ обстоятельствахъ, напр. когда существуютъ упорныя фистулы, или поперечная рана мочеваго канала, которая по счастливому выраженію Бекеля есть «съуженіе въ зачаткѣ».—Генри Томсонъ.

---

*) On External perineal urethrotomy, or on Improved Method of external division of the Urethra in Perinaeo for the Reief of the Obstinate stricture with Remarks on the Preparatory and after Treatment. By Gouley, prof. of clin. Surgery—New-Iork, 1869.

ніи предстательной желѣзы и четырьмя при стриктурахъ; и это въ теченіи двадцати лѣтъ. Одинъ изъ проколовъ первой категоріи былъ сдѣланъ надъ лоннымъ соединеніемъ, всѣ остальные чрезъ прямую кишку; во всѣхъ-же прочихъ случаяхъ я достигалъ цѣли катетеромъ. Должно еще замѣтить, что два прокола изъ числа сдѣланныхъ чрезъ прямую кишку, были произведены на томъ-же самомъ субъектѣ, одинъ разъ въ 1859 г., и другой разъ въ 1870 г. Больной при вторичномъ задержаніи, настойчиво просилъ меня оперировать также какъ и въ первый разъ, такъ какъ помощь была тогда достигнута очень скоро и совершенно; иначе я, безъ сомнѣнія, успѣлъ бы достигнуть устраненія задержанія катетеромъ. Больной живъ до сихъ поръ и прекрасно себя чувствуетъ. Конечно, это самая простая и безопасная операція въ большинствѣ случаевъ, когда пузырь долженъ быть вскрытъ.

Очень развитое увеличеніе предстательной желѣзы дѣлаетъ необходимою операцію надъ лоннымъ соединеніемъ. Въ одномъ случаѣ, гдѣ я сдѣлалъ ее, предстательная желѣза выполняла тазъ; мнѣ не случалось видѣть бо̀льшаго увеличенія ея; пузырь давно уже опорожнялся только съ помощью четырнадцати дюймоваго катетера, и то съ трудомъ. Разъ я сдѣлалъ проколъ чрезъ лонное соединеніе, способъ къ которому я не прибѣгну больше, и не нашелъ мочи. Тогда я тотчасъ-же сдѣлалъ проколъ чрезъ прямую кишку и выпустилъ мочу, больной выздоровѣлъ.

Есть еще одинъ болѣе новый способъ, который, безъ сомнѣнія, можетъ быть полезнымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Я говорю объ аппаратѣ д-ра Дьелафуа; мнѣ не случалось употреблять его при подобныхъ обстоятельствахъ, но я примѣнялъ его съ полнымъ успѣхомъ для удаленія плевритическихъ выпотовъ. Для прокола пузыря, вы должны будете употреблять оченъ тонкій труакаръ надъ лоннымъ соединеніемъ, и если-бы даже встрѣтили брюшину, то вы не повредите ей; этимъ самымъ инструментомъ я устранялъ тимпанитъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ воспаленія брюшины; когда вы соедините съ труакаромъ высасывающую трубку инструмента, то моча будетъ удалена безъ всякой опасности. Понятно, что если бы потребовалось вновь вывести мочу, то надо будетъ сдѣлать свѣжій проколъ. Вы не разъ видѣли, какъ я употреблялъ

этотъ аспираторъ для опорожненія хроническихъ абсцессовъ. Маленькаго укола такимъ тонкимъ труакаромъ нечего бояться, и можно часто повторять эти уколы.

И такъ, если вамъ не удалось ввести катетера, и припадки получили крайній характеръ, то вы должны обратиться къ проколу, или чрезъ прямую кишку, или надъ лоннымъ соединеніемъ (см. рис. 20). Вашъ палецъ, введенный въ прямую кишку, если онъ достаточной длины, заходитъ какъ разъ за предстательную желѣзу. Другая рука кладется надъ лоннымъ соединеніемъ, и при давленіи ею отчетливо доходитъ волна до вашего пальца, въ прямой кишкѣ. Тогда вы можете быть вполнѣ увѣрены, что не ошибетесь, дѣлая проколъ. Вдоль пальца, неподвижно удерживаемаго, вводится труакаръ и затѣмъ смѣло, хотя внимательно, вкалывается въ пузырь. Это всегда очень безпокойный моментъ, потому что, еслибы вы не попали въ пузырь, то, значитъ, сдѣлали бы крайне тяжелое поврежденіе, вколовъ въ средину тѣла человѣка такой длинный инструментъ.

Рис. 20.

Передне-задній разрѣзъ таза, представляющій отношенія шейки пузыря къ лонному соединенію; прямой кишки къ основанію пузыря; уретры и ея луковицы къ отверстію задняго прохода.

Наилучшее положеніе для больнаго, сидѣть на краю постели, съ подложенными подъ спину подушками, и съ раздвину-

тыми ногами, поставленными на стулья сбоку; ассистентъ кладетъ свои руки одну справа, другую слѣва надъ лоннымъ соединеніемъ, чтобы сдѣлать пузырь неподвижнымъ, отдавливая его вмѣстѣ съ тѣмъ по направленію къ прямой кишкѣ. Надо также помнить, что если трубочка труакара выскочитъ, то вамъ не удастся опять ввести ее въ то же отверстіе; мышечныя волокна пузыря тотчасъ-же сомкнутся и придется дѣлать новый проколъ; хотя онъ не повлечетъ за собою особенныхъ послѣдствій, но все таки лучше избѣгать этого.

Что касается операціи надъ лоннымъ соединеніемъ, то вы дѣлаете разрѣзъ въ срединной линіи, и достигаете до бѣлой линіи. Затѣмъ, осторожно подвигаясь глубже, скоро найдете зыбленіе; тогда, сдѣлавъ пузырь неподвижнымъ, какъ это было объяснено выше, вы вкалываете труакаръ, слегка наклонивъ его книзу. Серебряная трубочка остается въ ранѣ два или три дня; ее можно замѣнить потомъ гумми-эластическимъ инструментомъ. Предполагая, что больной будетъ нуждаться въ искуственномъ пути для выведенія мочи, въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени, вы должны будете отдать предпочтеніе проколу надъ лоннымъ соединеніемъ, такъ какъ гораздо удобнѣе носить трубку здѣсь, чѣмъ въ прямой кишкѣ, гдѣ она мѣшала бы испражненію, и вообще стѣсняла бы просвѣтъ кишки. Я зналъ больныхъ, которые выводили мочу чрезъ трубку надъ лоннымъ соединеніемъ, въ теченіи десяти, пятнадцати лѣтъ, и которые вели дѣятельную и удобную жизнь. Одинъ изъ такихъ больныхъ, очень страдавшій прежде, и теперь чувствующій себя вполнѣ хорошо, говорилъ мнѣ, что «по его мнѣнію, этотъ способъ выведенія мочи чуть-ли не лучше естественнаго»! Разумѣется, это дѣло вкуса.

Въ слѣдующей лекціи будетъ рѣчь объ изліяніи мочи (extravasatio urinae) и мочевыхъ свищахъ (fistulae urinariae).

ЛЕКЦІЯ VII.

Изліяніе мочи и мочевыя фистулы.

Прежде чѣмъ начну говорить о мочевыхъ фистулахъ, я долженъ, хотя кратко, коснуться одного состоянія, тѣсно связаннаго съ задержаніемъ мочи, о которомъ только что была рѣчь, — именно объ изліяніи мочи (экстравазатъ). Оно связывается съ задержаніемъ мочи слѣдующимъ образомъ.

Предположите, что благодаря дурному леченію, собственной небрежности, или по другимъ причинамъ, больной не получилъ надлежащей помощи, и когда вы призваны къ нему, то находите, что уже не можетъ быть рѣчи о проколѣ; то, что вы достигли бы имъ, совершилось само собою, такъ сказать; природа (какъ и при многихъ другихъ болѣзняхъ) сама предприняла леченіе; часто она дѣйствуетъ въ этомъ отношеніи грубо, хотя иногда не грубѣе, чѣмъ хирурги. Безъ всякаго сомнѣнія, многіе изъ больныхъ со стриктурами и задержаніемъ мочи, вовсе не получающіе хирургической помощи, теряютъ жизнь вслѣдствіе этого; но иногда ихъ спасаетъ наступающее, при подобныхъ обстоятельствахъ, изліяніе мочи. Извѣстная часть мочеиспускательнаго канала, позади стриктуры, подается въ моментъ какой нибудь сильной натуги, и чрезъ образовавшійся такимъ образомъ разрывъ, извѣстное количество мочи выгоняется съ большою силою въ промежутокъ между пучками соединительной ткани. По анатомическому положенію фасцій, мы знаемъ, какъ будетъ распространяться мочевой экстравазатъ; именно въ мошонку, кверху по направленію къ паху, выше Пупартовой связки, и далѣе еще выше, вдоль брюшной стѣнки. Такъ какъ разрывъ происходитъ обыкновенно въ лукович-

ной части мочеиспускательнаго канала, имѣющей наиболѣе слабыя стѣнки, то моча не можетъ распространяться кзади отъ мошонки, къ задней части промежности *), точно также она не можетъ переходить на бедро, встрѣчая преграду въ Пупартовой связкѣ **). Но за то она можетъ распространяться очень высоко по соединительной ткани, вдоль брюшной стѣнки до груди. Въ одномъ дурномъ случаѣ изліянія, мнѣ пришлось дѣлать разрѣзы для выпущенія мочи, на этой высотѣ.

Какъ скоро разъ произошелъ разрывъ мочеиспускательнаго канала, то, при каждомъ сокращеніи пузыря, все больше мочи будетъ вгоняться въ промежутки пучковъ соединительной ткани; мочевой экстравазатъ будетъ подниматься все далѣе вверхъ. Вообще говоря, взглянувъ на больнаго, вы будете въ состояніи тотчасъ-же судить о томъ, что съ нимъ случилось, хотя иногда состояніе, о которомъ идетъ рѣчь, можно смѣшать съ обыкновеннымъ воспалительнымъ отекомъ мошонки, такъ какъ иногда изліяніе можетъ начинаться очень постепенно и не ясно. Въ обыкновенныхъ случаяхъ, вы находите припухшую твердую промежность, большую, напряженную, покраснѣвшую мошонку, членъ припухшій; краснота поднимается иногда выше лобка. Съ цѣлью убѣдиться въ настоящемъ положеніи вещей, вы спрашиваете больнаго о предъидущемъ теченіи болѣзни, и вѣроятно онъ сообщитъ вамъ, что мочеиспусканіе было очень затруднено, и затѣмъ вдругъ послѣдовало облегченіе. Если человѣкъ страдаетъ нѣсколько дней задержаніемъ мочи и внезапно наступаетъ изліяніе, то тотчасъ-же больнымъ чувствуется облегченіе—ужасная потребность мочиться исчезаетъ, какъ скоро моча проложила себѣ путь въ мошонку.

Но скоро больной подвергается новымъ страданіямъ, не всегда очень тяжелымъ; но что гораздо хуже, это быстрое развитіе общихъ припадковъ. Моча, какъ сильно раздражающая жидкость, быстро разрушаетъ соединительную ткань, и скоро наступаетъ омертвѣніе ея. Чрезъ 48 часовъ, или около того, появляются помертвѣлыя пятна; моча можетъ проложить себѣ путь въ пещеристыя тѣла; тогда появляется темное пятно на

*) По причинѣ препятствія, образуемаго соединеніемъ апоневрозовъ промежности нижняго и средняго.

**) И въ прикрѣпленіи Ischio-pubica нижняго апоневроза промежности и пластинки fasciae superficialis.

головкѣ члена, показывающее, что и онъ подвергся затекамъ мочи.

Не вдаваясь въ дальнѣйшее описаніе этого состоянія, которое вы сами можете себѣ представить, и которое теперь-же можете видѣть, въ нѣкоторой степени, на одномъ больномъ у меня въ отдѣленіи, я скажу только, что въ такихъ случаяхъ не должно бояться ножа. Тутъ вы ничего не въ состояніи достигнуть катетеромъ; моча нашла уже себѣ путь въ соединительную ткань, и вы должны дать какъ можно болѣе свободный выходъ мочѣ.

Сдѣлайте глубокіе разрѣзы по обѣ стороны промежности. Вамъ не зачѣмъ ограничивать разрѣза двумя или тремя дюймами, потому, что вы разрѣзываете въ дѣйствительности мочевой экстравазатъ, а не тѣло больнаго. Ткани такъ растянуты, что ихъ разрѣзывается при этомъ немного; хотя разрѣзъ будетъ казаться очень глубокимъ и длиннымъ, по вытеченіи мочи онъ будетъ относительно невеликъ. Разрѣзъ обыкновенно сильно кровоточитъ. Больной можетъ потерять въ короткое время пинту крови изъ трехъ или четырехъ разрѣзовъ; но при этомъ и моча также вытекаетъ, и когда растяженіе тканей устранится, то сосуды начинаютъ лучше сокращаться. Если брызжетъ маленькая артерія, тотчасъ-же перевяжите ее.

На членѣ разрѣзы должно дѣлать съ обѣихъ сторонъ, потому что, если сдѣлать разрѣзъ на срединной линіи, то его не будетъ достаточно для опорожненія обѣихъ сторонъ. Не будьте однакожъ здѣсь слишкомъ неосторожны въ разрѣзахъ, хотя въ этихъ случаяхъ лучше ошибиться въ смыслѣ слишкомъ большихъ разрѣзовъ, чѣмъ въ противоположномъ направленіи.

На слѣдующій день, въ счастливыхъ случаяхъ, вы найдете, что мошонка очень уменьшилась въ объемѣ, и вообще всѣ окружающія части будутъ меньше припухшими и воспаленными. Теперь пузырь имѣетъ для себя прямой истокъ чрезъ соединительную ткань; имѣя разрѣзъ позади стриктуры, вы, вообще говоря, всего лучше сдѣлаете, если на время оставите въ покоѣ катетеръ, и дадите мочѣ вытекать тѣмъ путемъ, который открылся самъ для нея *). Что будетъ дальше? Тоже

*) Больному внутрь назначаются средства укрѣпляющія: хина, хининъ, вино бульонъ, яйца и подобное. Рану послѣ разрѣзовъ наполняютъ: сухой корпіею, а сверху ея прикладываютъ компрессы, намоченные въ Aq. Goulardi cum vino camphorato, или decocto chinae. При всякой перевязкѣ, которую слѣдуетъ дѣлать раза четыре и

самое, что бываетъ послѣ прокола пузыря. Когда моча идетъ другимъ путемъ, то состояніе мочеиспускательнаго канала начинаетъ улучшаться, и чрезъ три или четыре дня вы вѣроятно безъ труда введете катетеръ № 3 или 4. Эти больные, какъ бы ни были они тяжелы, каковъ бы ни былъ упадокъ ихъ силъ, когда вы ихъ видите впервые, часто поразительно быстро выздоравливаютъ, если только случай не зашелъ уже слишкомъ далеко, и не наступило слишкомъ обширное омертвѣніе. Вся мошонка можетъ омертвѣть, яички обнажиться, и тѣмъ не менѣе все это можетъ быстро и хорошо зажить.

Мы приблизились теперь къ другому ряду фактовъ. Разъ образовавшіеся искуственные каналы для выведенія мочи иногда не представляютъ наклонности заживать, остаются открытыми; тогда къ нимъ примѣняется названіе *мочевыхъ фистулъ*, fistula urinaria. На прошлой недѣлѣ вы видѣли въ моихъ палатахъ три случая этихъ фистулъ, крайне упорныхъ. Одна изъ нихъ произошла вслѣдствіе изліянія (экстравазата) мочи; въ двухъ другихъ случаяхъ были болѣе обыкновенныя причины образованія фистулъ, именно съуженіе мочеиспускательнаго канала.

Мы уже говорили какъ происходитъ фистула отъ изліянія мочи; какимъ же образомъ стриктура служитъ поводомъ къ образованію фистулъ? Это происходитъ такъ: у нѣкоторыхъ больныхъ при долгомъ существованіи съуженій, безъ всякаго леченія, или при дурномъ леченіи, нерѣдко образуются хроническіе абсцессы, на промежности, между мочеиспускательнымъ каналомъ и кожею. Чрезъ нѣсколько времени абсцессъ вскрывается наружу, и немного дней спустя чрезъ него начинаетъ сочиться понемногу моча, при каждомъ мочеиспусканіи. Если больной не получитъ помощи, то образуется и другой абсцессъ; такъ можетъ возникнуть нѣсколько полостей, съ отверстіями на различныхъ сосѣднихъ частяхъ; изъ всѣхъ этихъ отверстій сочится моча. Фистулы могутъ идти въ самыхъ различныхъ направленіяхъ: къ члену, мошонкѣ, промежности, къ пахамъ, къ прямой кишкѣ; но послѣднія крайне рѣдки. Мы

чаще въ сутки, рану слѣдуетъ обмывать слабымъ растворомъ ochlrureti calcis или слабымъ растворомъ фениловой кислоты, а омертвѣвшіе куски клѣтчатки удалять пинцетомъ и ножницами.—*П. Заблоцкій.*

разсмотримъ отдѣльно первые четыре рода фистулъ, такъ какъ фистулы, открывающіяся въ прямую кишку, требуютъ совсѣмъ особаго леченія.

Въ отношеніи отличительныхъ признаковъ этихъ фистулъ, я раздѣлю всѣ фистулы на три отдѣла; образцы всѣхъ отдѣловъ могутъ встрѣтиться въ любой изъ названныхъ областей. И такъ, во первыхъ, фистулы могутъ состоять изъ простыхъ отверстій или каналовъ между мочевымъ каналомъ и кожею; или во вторыхъ, они могутъ быть окружены воспалительнымъ уплотнѣніемъ, что очень затрудняетъ ихъ леченіе; и наконецъ, въ третьихъ, фистулы могутъ быть осложнены потерею вещества, вслѣдствіе омертвѣнія, такъ что даже часть самой уретры можетъ быть разрушена; такіе случаи самые трудные для леченія.

Слѣдовательно, фистулы можно раздѣлить: a) на простыя, b) на фистулы съ уплотнѣніемъ и c) на фистулы съ потерею вещества.

Я не буду долго останавливаться на простыхъ мочевыхъ фистулахъ: въ какой бы части канала не начиналась фистула, она почти всегда заживаетъ, если съуженіе повлекшее за собою образованіе фистулы, будетъ расширено. Расширьте стриктуру, и въ девяти случаяхъ изъ десяти фистула заживетъ. Больные, въ особенности въ частной практикѣ, часто бываютъ крайне озабочены послѣдствіями, какія можетъ имѣть отверстіе на промежности, или гдѣ бы то ни было, чрезъ которое идетъ моча; но вы можете увѣрить ихъ, по большей части, что если стриктура будетъ вполнѣ расширена, то неестественный путь заживетъ самъ собою.

Но надо обратить вниманіе еще на одно обстоятельство, именно каково количество мочи идущее чрезъ фистулу, сравнительно съ количествомъ, вытекающимъ по естественному пути. Само собою разумѣется, что серьезность случая очень зависитъ отъ отношенія между количествомъ мочи, идущимъ по этимъ двумъ путямъ. Обыкновенно, около трехъ четвертей мочи идетъ по настоящему пути, а только четверть или пятая часть—по ложному ходу. Если большое количество мочи, напр. три четверти, выходитъ чрезъ неестественное отверстіе, то вѣроятно стриктура очень значительна. Тѣмъ не менѣе, по мѣрѣ расширенія стриктуры, вы увидите, что количество мочи,

идущей чрезъ фистулу, будетъ постепенно уменьшаться, пока она вовсе не перестанетъ идти тутъ, и фистула заживетъ; но этотъ исходъ наступаетъ только подъ условіемъ полнаго расширенія съуженія.

Далѣе слѣдуютъ фистулы, которыя сопровождаются значительнымъ воспаленіемъ и уплотнѣніемъ промежности. Эти фистулы могутъ быть множественны; тогда вы можете найти пять или шесть отверстій. Я зналъ одного больнаго съ двѣнадцатью отверстіями, такъ что моча вмѣсто того, чтобы вытекать струей, сочилась какъ бы чрезъ сито. Даже и такое состояніе, съ расширеніемъ стриктуры, значительно улучшается, и можетъ совсѣмъ пройти; но такъ не всегда бываетъ. Встрѣчаются нѣкоторые случаи, менѣе тяжелые на первый взглядъ, какъ тѣ, что вы видѣли недавно въ моихъ палатахъ, гдѣ моча выходитъ всего двумя или тремя отверстіями; но чрезъ эти отверстія шла наибольшая часть мочи въ теченіи долгаго времени. Вы помните, что стриктура была совершено расширена въ обоихъ случаяхъ, и однакоже не произошло никакого улучшенія по отношенію къ вытеченію мочи чрезъ фистулы. Былъ введенъ катетеръ № 12, но больные все таки не поправлялись. Состояніе промежности значительно улучшилось; но больше, чѣмъ половина мочи упорно продолжала вытекать чрезъ отверстія на промежности.

Что-же обыкновенно дѣлается при такихъ обстоятельствахъ? Больному предлагаютъ тѣ или другіе оперативные пріемы; если же онъ отказывается отъ нихъ, въ данную минуту или совсѣмъ, то прибѣгаютъ къ другому, болѣе медленному и утомительному способу леченія. Основной принципъ въ этихъ случаяхъ, которому я обязанъ многими успѣхами, тотъ, что необходимо озаботиться, чтобы наружныя отверстія фистулъ были вполнѣ свободны; это можно достигнуть ножомъ, или ѣдкимъ кали, или другимъ какимъ либо средствомъ; тогда моча не будетъ задерживаться на своемъ пути отъ мочеиспускательнаго канала къ наружной поверхности, не будетъ вызывать новыхъ уплотнѣній и утолщеній тканей. Затѣмъ можно возбудить слипчивое воспаленіе въ стѣнкахъ фистулы, раскаленною проволокою, tinctura cantharidum, или крѣпкимъ растворомъ азотнокислаго серебра. Безъ сомнѣнія, это леченіе иногда приводитъ

къ успѣшнымъ результатамъ, но все таки оно очень продолжительно.

Кромѣ того пробовали лечить такія фистулы, оставляя эластическій катетеръ à demeure, на цѣлыя недѣли, и даже мѣсяцы. Но обыкновенно этимъ путемъ не удается достигнуть цѣли, и именно потому, что моча всегда пролагаетъ себѣ путь изъ пузыря сбоку катетера, вдоль стѣнокъ мочеиспускательнаго канала, благодаря силѣ волосности и попадаетъ въ фистулы. Всякій практикъ скоро убѣдится, что оставленіе инструмента à demeure нисколько не обезпечиваетъ вытеченія мочи только чрезъ него; часть мочи всегда пойдетъ между инструментомъ и стѣнками мочеиспускательнаго канала, и разрушитъ наши планы. Поэтому, я прибѣгаю въ подобныхъ случаяхъ къ слѣдующему пріему: я научаю больнаго самаго вводить себѣ катетеръ; это наиболѣе скорый и вѣрный способъ. Въ тѣхъ двухъ случаяхъ, которые вы видѣли въ моихъ палатахъ, я обратился бы, 10 или 15 лѣтъ тому назадъ, къ ѣдкому кали, гальванокаустикѣ, или чему-нибудь въ этомъ родѣ. Но фистулы хорошо зажили, когда катетеромъ было обезпечено то, что моча нисколько не вытекала на промежности,—была совсѣмъ отведена отъ фистулы *). Тогда какъ другой способъ, о которомъ было выше сказано, сводится къ тому, чтобы достигнуть быстраго вытеченія мочи чрезъ промежность. Вы сначала научаете больнаго вводить себѣ № 7 или 8 эластичес-

---

*) Вельпо писалъ уже болѣе тридцати лѣтъ, по случаю лѣченія ранъ мочеваго канала, имѣющихъ извѣстную всѣмъ наклонность къ переходу въ свищи (фистулы): «Повторный катетеризмъ я всегда предпочитаю sonde à demeure. Послѣдній имѣетъ два серьезныя неудобства: 1) его присутствіе въ мочевомъ каналѣ, раздражаетъ ткани, влечетъ нагноеніе и расширеніе раны; 2) sonde à demeure почти всегда производитъ легкое просачиваніе мочи, между наружнею поверхностію инструмента и внутреннею поверхностію мочеваго канала; и уже этого одного просачиванія достаточно для того, чтобы помѣшать цикатризаціи и заживанію раны. Повторный катетеризмъ не имѣетъ нисколько этихъ неудобствъ, и съ другой стороны имъ достигается цѣль ожидаемая отъ sonde à demeure. Катетеръ, введенный въ пузырь для испущенія собравшейся тамъ мочи, и тотчасъ вынутый, не утомляетъ мочеваго канала, не оставляетъ никакого раздраженія въ предстательной желѣзѣ и не даетъ времени проникнуть жидкости между краями раны. Одно только обстоятельство можетъ затруднить употребленіе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, этого средства—это имѣть подлѣ себя три или четыре раза въ день хирурга для выпущенія мочи, и заставить замѣнить катетеризмъ употребленіемъ sonde à demeure». Velpeau, Maladies de la Prostate, въ Dictionnaire de Medecine, Tome XXVI p. 142, 143. Paris, 1842.

каго катетера, что довольно легко сдѣлать. Больной вводитъ себѣ катетеръ каждый разъ, когда ему нужно мочиться, ночью и днемъ. Никоимъ образомъ больной не долженъ мочиться безъ катетера, въ теченіи пяти или шести недѣль, даже когда онъ имѣетъ стулъ; поэтому необходимо всегда выводить мочу катетеромъ непосредственно передъ этимъ. Такой планъ леченія былъ выполненъ въ трехъ случаяхъ, о которыхъ идетъ рѣчь въ этой лекціи, безъ всякихъ затрудненій и съ полнымъ успѣхомъ; фистулы зажили и употребленіе катетера теперь прекращено.

Теперь мы перейдемъ къ третьей формѣ фистулъ, именно фистуламъ съ потерею вещества. Я скажу о нихъ коротко, не останавливаясь на всѣхъ подробностяхъ множества хирургическихъ пріемовъ, которые примѣнялись здѣсь. Если имѣется потеря вещества, то обыкновенно бываетъ нужна пластическая операція для выполненія дефекта. Если отверстіе мало, вы можете значительно съузить его калепымъ желѣзомъ, или гальванокаустически, или другимъ какимъ либо пріемомъ, который производитъ стягиваніе тканей. Вамъ извѣстно, что рубцы, остающіеся послѣ ожоги, сильно сокращаются; въ данномъ случаѣ, вы пользуетесь этимъ свойствомъ ихъ. По большей части, однакоже, если мягкія части были разрушены на значительномъ пространствѣ, для излеченія фистулы потребуется пластическая операція.

Если часть мочеиспускательнаго канала омертвѣла, то введя въ него серебряный катетеръ, вы можете видѣть четверть, треть или даже полъ дюйма длины катетера въ ранѣ. Успѣшное леченіе такихъ случаевъ требуетъ много самаго заботливаго вниманія. Эти случаи не часто встрѣчаются и еще рѣже вполнѣ вылечиваются. Я имѣлъ въ госпиталѣ только три или четыре подобныхъ случая; во всѣхъ изъ нихъ больные были вполнѣ вылечены, путемъ пластическихъ операцій. Нѣкоторые изъ васъ видѣли одинъ изъ этихъ случаевъ прошлою зимою у больнаго, какъ въ углу между членомъ и мошонкою, было отверстіе чрезъ которое было видно по крайней мѣрѣ треть дюйма катетера введеннаго въ уретру, такъ какъ вся нижняя стѣнка ея омертвѣла на этомъ мѣстѣ. Эффектъ операціи въ этомъ случаѣ былъ одинъ изъ самыхъ удачныхъ, какіе я только видѣлъ. Первою-же операціей фистула была за-

крыта, осталось только небольшое отверстіе, величиною въ булавочную головку. Прежде всего были обрѣзаны края фистулезнаго отверстія, затѣмъ былъ выкроенъ лоскутъ изъ кожи мошонки и перенесенъ на отверстіе, такъ чтобы вполнѣ закрыть его; было тщательно наложено извѣстное число тонкихъ швовъ. Фистула совершенно зажила. Почему-же она зажила? Это зависѣло отъ однаго, весьма важнаго условія, безъ котораго заживленіе не произошло бы. За недѣлю, или за двѣ до операціи, я научилъ больнаго вводить себѣ катетеръ, и выпускать имъ всю мочу, до послѣдней капли; когда больной достаточно привыкъ къ этому, я сдѣлалъ ему операцію; и въ теченіи цѣлаго мѣсяца послѣ нея больной не допускалъ вытеченія ни одной капли мочи помимо катетера. Если бы я оставилъ катетеръ à demeure, то это не было бы достаточно, потому что моча, какъ я уже сказалъ вамъ, всегда, раньше или позже, начинаетъ вытекать между катетеромъ и стѣнками мочеиспускательнаго канала. Къ счастью, больной исполнилъ съ буквальной точностью то, что отъ него требовалось, и для раны не было повода не заживать. Маленькое оставшееся отверстіе было вполнѣ закрыто раскаленной проволокой, и мочеиспускательный каналъ теперь вполнѣ хорошо исполняетъ всѣ свои отправленія.

Вы знаете, что кромѣ мочеиспусканія этотъ каналъ имѣетъ еще другое, очень важное отправленіе. Вы не будете отрицать того, что это отправленіе получаетъ громадное значеніе въ тѣхъ случаяхъ, когда отъ него зависитъ передача большаго имени, титула или богатства. Какъ бы ни смотрѣть на дѣло, не подлежитъ сомнѣнію, что каждый мужчина считаетъ это отправленіе важнымъ для себя; а въ данномъ случаѣ оно оставалось невозможнымъ, пока не была закрыта фистула.

Чтобы исчерпать предметъ, я долженъ бы былъ прочесть вамъ еще одну, или двѣ лекціи о различныхъ оперативныхъ методахъ, примѣнимыхъ смотря по мѣсту фистулы. Я привелъ только что разсказанный случай, какъ типическій, и какъ одинъ изъ самыхъ трудныхъ.

Членъ подверженъ измѣненіямъ своей формы: у больнаго могутъ быть эрекціи, которыя въ состояніи испортить любую операцію; притомъ вы располагаете здѣсь только небольшимъ количествомъ тканей. На промежности-же вы имѣете мягкія

части на глубину двухъ, трехъ дюймовъ, и можете вырѣзать изъ нихъ лоскуты любаго объема и толщины.

Еще нѣсколько словъ о фистулѣ прямой кишки. Вы помните, что я исключилъ изъ общаго изложенія фистулы, направляющіяся изъ мочеиспускательнаго канала въ прямую кишку. Мы имѣемъ одинъ такой случай, гдѣ больной самъ проткнулъ себѣ бужъ изъ мочеиспускательнаго канала въ прямую кишку. Чаще это бываетъ вслѣдствіе простатическихъ абсцессовъ. При фистулахъ этого рода, при каждомъ мочеиспусканіи, моча проходитъ въ прямую кишку, обстоятельство крайне тягостное. Кишка раздражается, изъязвляется, и больной получаетъ очень частые позывы къ стулу. Я не буду долго останавливаться на этомъ предметѣ, такъ какъ здѣсь каждый случай долженъ быть лѣчимъ, смотря по его особенности; я сообщу вамъ результаты моего собственнаго опыта; это все, что я могу сдѣлать, такъ какъ мнѣ неизвѣстно никакихъ сообщеній объ этомъ предметѣ въ печати. Случаи этого рода немногочисленны, но каждый изъ нихъ представляетъ собою крайне серьезное страданіе. Одинъ случай мнѣ удалось вылечить положеніемъ больнаго. Случай этотъ встрѣтился въ частной практикѣ (мнѣ не случалось видѣть точно такого же случая въ госпиталѣ); это былъ молодой офицеръ; при каждомъ мочеиспусканіи у него выходило три или четыре столовыхъ ложки мочи въ прямую кишку; такому состоянію предшествовали абсцессы, которыхъ я не засталъ. Послѣ нѣсколькихъ, совершенно неудачныхъ попытокъ леченія, я велѣлъ больному лежать ничкомъ, лицомъ книзу, и мочиться только въ этомъ положеніи, не выпуская ни одной капли мочи въ другомъ какомъ нибудь положеніи. Чрезъ нѣсколько недѣль больной совершенно выздоровѣлъ, къ его и моему счастью.

Если вы встрѣтитесь когда нибудь съ подобнымъ случаемъ, то это стоитъ испытать. Съ тѣхъ поръ я имѣлъ еще два другіе случая, но этотъ планъ леченія не удался. У офицера, по видимому, силы тяжести было достаточно, чтобы выводить всю мочу по настоящему пути. Нисколько мочи не выходило въ прямую кишку, и чрезъ шесть недѣль больной былъ здоровъ. Я видѣлъ его чрезъ нѣсколько лѣтъ въ прекрасномъ состояніи. Мнѣ кажется, что если бы ему вводился въ пузырь катетеръ и чрезъ него вытекала бы моча до послѣдней капли,

то результаты были бы также успѣшны. Пока нѣтъ потери вещества, катетера обыкновенно будетъ достаточно для излеченія больнаго; но если есть потеря вещества, или еще хуже, если отверстіе ведетъ прямо изъ пузыря въ прямую кишку, тогда ни къ чему нельзя приступить, не изслѣдовавъ сначала самымъ точнымъ образомъ положенія фистулы. Больнаго надо положить на спину, какъ для литотоміи и ввести въ прямую кишку влагалищное зеркало, чтобы достаточно освѣтить глубину прямой кишки. Если фистулезное отверстіе будетъ достаточно велико, чтобы сдѣлать необходимою пластическую операцію, то я не колеблясь произведу ту же самую операцію, которая дѣлается для отверстій между пузыремъ и влагалищемъ, т. е. я освѣжу края отверстія, и соединю ихъ серебряными швами; только это будетъ труднѣе здѣсь, потому что въ прямой кишкѣ меньше мѣста для манипуляцій, чѣмъ во влагалищѣ. Во влагалищѣ нельзя было бы жаловаться на недостатокъ мѣста. Я сдѣлалъ разъ операцію этого рода на мужчинѣ; это было возможно, хотя и трудно; мнѣ кажется, что такой планъ наилучшій для фистулъ съ потерею вещества. Но если фистулезное отверстіе очень мало, то его можно еще болѣе уменьшить, а можетъ быть и совсѣмъ закрыть, гальванокаустикой.

Наконецъ фистулы прямой кишки иногда остаются послѣ литотоміи. Нѣкоторые изъ васъ помнятъ мальчика, которому нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ деревнѣ была сдѣлана литотомія съ успѣхомъ, за исключеніемъ только того, что была ранена прямая кишка. Съ тѣхъ поръ существовала фистула; больной былъ присланъ ко мнѣ, чтобы закрыть ее, если возможно. Я положилъ больнаго какъ для литотоміи, захлороформировалъ, опорожнилъ пузырь катетеромъ; въ прямую кишку было введено упомянутое выше влагалищное зеркало, и мы всѣ видѣли отверстіе въ верхней и лѣвой части кишки, отверстіе, въ которое входилъ серебряный катетеръ № 9. Двойная толстая проволока была соединена съ сильной баттареей; проволокѣ была придана надлежащая форма для введенія въ фистулезный каналъ, и затѣмъ была замкнута цѣпь, и губы отверстія энергически прижжены раскаленной проволокой. Это повторялось разъ въ недѣлю или десять дней; количество мочи, выходившей чрезъ прямую кишку, быстро уменьша-

лось. Однакожъ мнѣ не удалось вполнѣ закрыть фистулезнаго хода, хотя вытеченіе мочи чрезъ прямую кишку было доведено до ничтожнаго количества, и больной прекрасно себя чувствовалъ. Онъ уже не мочился непроизвольно въ постель, ночью, что составляетъ одну изъ самыхъ тягостныхъ принадлежностей этихъ печальныхъ случаевъ.

ЛЕКЦІЯ VIII.

Камни въ мочевомъ пузырѣ.

Мм. гг. Я предполагаю въ настоящей лекціи по возможности представить общую картину весьма важнаго и обширнаго предмета, а именно: присутствія камня въ мочевомъ пузырѣ возмужалаго человѣка; упомяну вкратцѣ о камнѣ у дѣтей и камняхъ, встрѣчающихся иногда у женщинъ.

Разберемъ прежде всего, какіе люди наиболѣе подвержены каменной болѣзни. Не смотря на доводы, приводимые въ книгахъ, камнями страдаютъ по преимуществу лица между пятидесятью и семидесятью годами. Авторы говорятъ, что чаще всего эта болѣзнь встрѣчается въ дѣтствѣ. Это предположеніе можетъ имѣть нѣкоторое правдоподобіе, еслибы пришлось ограничиться сравненіемъ положительнаго количества камней замѣченныхъ у дѣтей, относительно количества встрѣчаемаго у взрослыхъ *); но оно очевидно ложно, если взять въ сообра-

---

*) Въ таблицѣ 5383 случаевъ представленной Сивіалемъ, мы находимъ слѣдующія цыфры по возрастамъ:

1946 — прежде десяти лѣтъ.
943 — отъ десяти до двадцати лѣтъ.
460 — отъ двадцати до тридцати лѣтъ.
336 — отъ тридцати до сорока лѣтъ.
392 — отъ сорока до пятидесяти лѣтъ.
513 — отъ пятидесяти до шестидесяти лѣтъ.
577 — отъ шестидесяти до семидесяти лѣтъ.
199 — отъ семидесяти до восьмидесяти лѣтъ.
17 — болѣе восьмидесяти лѣтъ.

Эта таблица показываетъ, что число съ каменною болѣзнію дѣтей превышаетъ число больныхъ этою болѣзнію въ другихъ возрастахъ; но эта самая таблица показываетъ согласно съ мнѣніемъ всѣхъ французскихъ хирурговъ — что въ пожиломъ возрастѣ страданіе каменною болѣзнію достигаетъ высшей степени частости *относительно*.

женіе число народонаселенія пропорціонально различнымъ возрастамъ. Я имѣю основанія высказаться, что, благопріятнѣйшій періодъ жизни для образованія камня продолжается отъ пятидесяти до шестидесяти пяти лѣтъ. За симъ, относительно частости слѣдуетъ: періодъ, предшествующій возмужалости, и наконецъ зрѣлый возрастъ, дающій самые рѣдкіе примѣры. Еслибы мы исключительно брали во вниманіе частость случаевъ, то могли бы составить общее правило, что половина страдающихъ каменной болѣзнью въ госпиталяхъ, имѣютъ менѣе тринадцати лѣтъ. Въ подтвержденіе этой истины не могу вамъ представить болѣе точныхъ изслѣдованій, кромѣ тѣхъ, которыя были сдѣланы мною нѣсколько лѣтъ тому назадъ и стоили мнѣ многаго труда. На 1827 случаевъ страданія камнемъ, съ обозначеніемъ главныхъ особенностей, свойственныхъ каждому изъ нихъ, половина приходилась на долю возраста, моложе тринадцати лѣтъ. Прошу не забывать, что это статистика больничной практики, результаты которой далеко не одинаковы съ результатами частной практики. Вы вѣроятно знаете, что весьма рѣдко случается производить операцію камня у дѣтей въ среднемъ, или высшемъ классѣ людей. Я не знаю болѣзни, на которую бы различные слои общества имѣли такое рѣзкое вліяніе. Каменная болѣзнь относительно такъ часта у дѣтей бѣдныхъ, что въ Guy's Hospital, находящемся въ центрѣ части города, заселенной самыми бѣдными жителями, съ плохимъ питаніемъ, добрая половина заболѣваній падаетъ на дѣтей. Не смотря на это, въ этихъ-же самыхъ нуждающихся классахъ, страданіе, которое мы изучаемъ, рѣдко проявляется въ другой половинѣ жизни. Въ Лондонѣ немногіе изъ пожилыхъ работниковъ поражены этою-же болѣзнію. Напротивъ того, классы зажиточные и хорошо питающіеся, вообще щадятся въ дѣтствѣ, въ дальнѣйшіе-же возрасты заболѣваніе это встрѣчаются чаще. Наблюдатели до сихъ поръ мало обращали вниманія на эти факты, на этомъ основаніи, я смѣю утверждать, что они встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ предполагаютъ.

Не буду говорить о всемъ разнообразіи химическаго состава камней. — Скажу только, что камни мочеваго пузыря, должны быть раздѣлены на три главныхъ отдѣла, которые знать необходимо, потому что смотря по ихъ свойствамъ, видо-

измѣняются способы извлеченія. Къ числу первыхъ и самыхъ обычныхъ принадлежатъ: *камни изъ мочевой кислоты и ея соединеній;* затѣмъ слѣдуютъ *камни изъ фосфорной кислоты*, въ сочетаніи съ аммоніакомъ и землистымъ основаніями; и наконецъ *камни изъ щавелевокислой извести.* Эти три главныя раздѣленія удовлетворяютъ всѣмъ требованіямъ практики.

Камни изъ мочевой кислоты и ея соединеній составляютъ почти три пятыхъ камней мочеваго пузыря; фосфаты, другія двѣ пятыхъ, кромѣ трехъ, либо четырехъ процентовъ, состоящихъ изъ щавелевокислой извести. Замѣтимъ наконецъ, что встрѣчается иногда, какъ весьма рѣдкое исключеніе, камень состоящій чисто изъ фосфорнокислой извести и цистина. Во всю мою практику мнѣ пришлось по одному только разу оперировать оба эти видоизмѣненія.

Набросимъ теперь очеркъ обыкновенной исторіи больнаго одержимаго каменною болѣзнію. Вы вѣроятно догадаетесь, что появленіе камня какаго то ни было размѣра въ мочевомъ пузырѣ у человѣка — не есть первый періодъ болѣзни. Камень обнаруживается обыкновенно (я говорю о камнѣ, состоящемъ изъ мочекислыхъ соединеній), присутствіемъ мелкаго песку въ мочѣ; это явленіе указываетъ уже, что отдѣляемое почекъ заключаетъ, можетъ быть уже давно, излишекъ уратовъ, или мочевой кислоты, въ видѣ кристаллическихъ массъ, которыя по своей формѣ болѣе всего напоминаютъ порошокъ кайенскаго перцу. Этотъ осадокъ въ почкѣ, скоро соединяется въ маленькія, круглыя зернышки, величиною съ дробинку, или немного больше. Вы имѣете здѣсь ихъ прекрасные обращики.

Камень изъ мочекислыхъ соединеній всегда зарождается въ почкѣ, и это счастливый случай, если онъ спускается въ мочевой пузырь; потому что присутствіе камня въ почкѣ служитъ для больнаго источникомъ сильныхъ страданій, противъ которыхъ хирургія не можетъ сдѣлать ничего, а медицина очень мало. Но, спустившись въ мочевой пузырь, камень большею частію, девять разъ изъ десяти, отдѣляется съ мочей безъ помощи какой либо операціи. Во время прохожденія камня изъ почки, паціентъ, чувствуетъ въ теченіи нѣсколькихъ часовъ сильныя боли въ поясницѣ, надъ бедрами, въ пахахъ и яичкахъ; затѣмъ приступъ стихаетъ и обыкновенно кончается переходомъ почечнаго сростка въ мочевой резервуаръ. Въ те-

ченіи одного или двухъ послѣдующихъ дней, а иногда и ранѣе, постороннее тѣло выбрасывается вмѣстѣ съ мочей, и все кончено.

Но больной долженъ быть предупрежденъ, и вы обязаны ему сказать, такъ какъ подобный случай доказываетъ въ немъ сильное предрасположеніе къ развитію камня, чтобы онъ употребилъ всѣ средства противъ его развитія; безъ этихъ предостереженій больной рискуетъ большимъ ущербомъ въ случаѣ дальнѣйшаго роста камня. Если мочевой пузырь не въ состояніи изгнать камня, то послѣдній быстро увеличивается въ объемѣ, вслѣдствіе отложенія на поверхности новыхъ мочевыхъ осадковъ, такъ что современемъ образуется очень твердый камень, но который еще можетъ быть разбитъ. Всѣ камни, которые вы видите въ этомъ ящикѣ, были изгнаны чрезъ мочевой каналъ естественными усиліями, и вамъ не мѣшаетъ знать, какой величины камень можетъ быть такъ изгнанъ. Обыкновенно же камни, достигшіе порядочныхъ размѣровъ, не могутъ быть изгнаны естественнымъ путемъ безъ помощи искусства.

Камень изъ фосфорнокислой соли не образуется всегда въ почкахъ, но обыкновенно колыбелью для него служитъ полость мочеваго пузыря. Слизь, отдѣляемая больнымъ пузыремъ, содержитъ очень много фосфорнокислой извести, которая въ соприкосновеніи съ аммоніакомъ, образующимся отъ разложенія мочи, производитъ фосфорно-кисло-аммоніако-магнезіальный осадокъ *). Эта соль, соединяясь съ фосфорнокислой известью,

*) Ограничиваясь простой, точной передачей подлинника, мы нисколько не измѣнили этой фразы англійскаго текста; между тѣмъ въ ней есть очевидная ошибка; конечно, это просто обмолвка.

Фосфорнокислыя щелочи, а именно фосфорнокислая известь содержатся въ самой мочѣ, а не въ слизи пузыря; они держатся въ растворѣ только благодаря кислой реакціи нормальной мочи. По мнѣнію новѣйшихъ авторовъ, кислотность мочи зависитъ отъ присутствіи кислаго фосфорнокислаго натра, а не отъ свободной молочной кислоты, какъ думалъ Берцеліусъ. Всѣ причины, разрушающія кислую реакцію мочи, это непремѣнное условіе растворенія известковаго фосфата, всѣ эти причины будутъ осаждать эту соль. Именно такой результатъ получается при разложеніи мочевины. Это вещество, въ присутствіи извѣстныхъ ферментовъ, а именно муцина пузырной слизи, удерживаетъ элементы 4 частицъ воды и превращается въ углекислый амміакъ [$C_2Az_2 H_4O_2 + 4 (HO) = 2 (CO_2 + AzN_4O)$]. Тогда является нерастворимый осадокъ фосфорнокислой амміакъ-магнезіи. Этотъ осадокъ имѣетъ условія для своего происхожденія въ больномъ пузырѣ, въ которомъ непрерывная отслойка эпителія развиваетъ значительное количество слизи. Впрочемъ, даже нормальная моча, чрезъ нѣ-

производитъ камни, называемые по своему овальному виду веретенными; ихъ строеніе не очень плотно, такъ что ихъ можно легко раздроблять.

Камни изъ щавелевокислой извести очень плотны, зарождаются не въ мочевомъ пузырѣ, а въ почкахъ. Изъ всѣхъ камней это самые крѣпкіе; ихъ поверхность шероховата.

Какіе обнаруживаются припадки при камнѣ въ пузырѣ. Мы изучимъ ихъ, если вы желаете, съ помощію четырехъ вопросовъ, которые мы обязаны предложить больному. Напримѣръ, больной говоритъ вамъ, что ужъ съ годъ или два, его моча содержала извѣстную долю песку и показываетъ вамъ даже образцы послѣдняго; въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, можетъ быть, это явленіе исчезло, а между тѣмъ затрудненіе мочеиспусканія увеличивается. Этихъ данныхъ вполнѣ достаточно для серьозныхъ подозрѣній съ вашей стороны.

Прежде всего спросите больнаго, *часто ли онъ мочится?* Онъ отвѣтитъ вамъ, что съ нѣкотораго времени онъ мучится желаніемъ болѣе или менѣе часто мочиться; днемъ и послѣ движенія позывъ сильнѣе, чѣмъ въ спокойномъ состояніи и ночью. Не забудьте, что совершенно противоположныя явленія наблюдаются при гипертрофіи предстательной желѣзы.

Распросите потомъ, чувствуетъ-ли паціентъ *боль?* Страдающіе камнемъ жалуются постоянно на боль, самое мѣсто которой имѣетъ нѣкоторую характеричность. Боль чувствуется обыкновенно внизу члена на дюймъ, или немного менѣе (при основаніи головки) отъ наружнаго отверстія канала. Но не забывайте при этомъ, что это мѣсто можетъ болѣть помимо всякаго пузырнаго сростка; упомянутое чувство боли встрѣчается также при хроническихъ заболѣваніяхъ предстательной желѣзы и мочеваго пузыря; но при существованіи камня въ пузырѣ, боль почти постоянная и весьма значительная. Коль скоро опредѣлено чувство боли, то справьтесь о моментѣ ея появленія, обнаруживается-ли она *ранѣе, во время*, или *послѣ* мочеиспусканія. Больной отвѣтитъ, что боль чувствуется *во время* и *послѣ* мочеиспусканія. Вы уже знаете, что при гипер-

---

сколько часовъ послѣ выхода, не медлитъ произвести хлопчатый муцинъ, вслѣдствіе того броженіе мочевины и образованіе бѣловатой пленочки, которая есть ничто иное, какъ фосфорнокислая амміакъ-магнезія.

трофіи предстательной желѣзы и при другихъ патологическихъ процессахъ въ мочевыхъ путяхъ, боли предшествуютъ истеченію мочи и кончаются сейчасъ послѣ него. Человѣкъ, имѣющій камень, страдаетъ въ особенности послѣ мочеиспусканія, потому что въ этотъ моментъ инородное тѣло непосредственно соприкасается со слизистою оболочкою пузыря и упирается въ шейку его; вслѣдствіе этого соприкосновенія наступаетъ болѣзненная схватка, продолжающаяся четыре или пять минутъ, пока новое количество мочи отдѣлитъ вновь стѣнки резервуара отъ поверхности камня.

Затѣмъ распросите *о свойствахъ мочи.* Изъ десяти разъ въ девяти вы найдете въ ней примѣсь *слизи, гноя* и даже полоски *крови*; моча больнаго камнемъ большею частью слизистогнойная, болѣе или менѣе мутная; исключенія встрѣчаются весьма рѣдко.

Наконецъ спросите больнаго, не мочился-ли онъ когда либо *кровью?* Въ большинствѣ случаевъ, онъ отвѣтитъ вамъ утвердительно; и вы узнаете кромѣ того, что его кровавыя мочеиспусканія постоянно усиливаются послѣ движеній. Страдающій каменной болѣзнью никогда не имѣетъ такой кровавой и густой мочи, какъ послѣ усиленныхъ движеній: онъ не можетъ ѣздить ни верхомъ, ни въ тряскихъ экипажахъ, безъ усиленія боли. Однимъ словомъ всѣ сильныя и рѣзкія движенія значительно увеличиваютъ болѣзненные припадки. Само собою разумѣется, что при этихъ условіяхъ паціентъ не долженъ быть оставленъ безъ внимательнаго изслѣдованія металлическимъ зондомъ.

Какой *инструментъ* примѣните вы для этого? Вы употребите инструментъ подобный тому, который я вамъ предлагаю, т. е. съ крутымъ маленькимъ загибомъ; его свободнѣе можно поворачивать во всѣхъ направленіяхъ. Если бы вы употребили обыкновенный зондъ съ большимъ загибомъ, какъ катетеръ, то для васъ было бы невозможно производить инструментомъ повороты въ мочевомъ пузырѣ, и изслѣдованіе часто будетъ недостаточное.

Когда я вошелъ въ этотъ амфитеатръ, то вы слышали, какъ я спросилъ госпитальные зонды; я былъ увѣренъ, что найду между ними не годные, такіе, которые *не должны* быть употребляемы для изслѣдованія. И, дѣйствительно, вотъ напр.

Рис. 21.

Испытательный зондъ Томсона; кривизна его представлена въ настоящую величину.

одинъ изъ нихъ, который невозможно повернуть въ мочевомъ пузырѣ, и бьюсь объ закладъ съ какимъ угодно хирургомъ, что такимъ инструментомъ невозможно открыть маленькаго камня, находящагося сзади гипертрофированной предстательной желѣзы, развѣ случайно. Инструментъ имѣетъ форму обыкновеннаго катетера. Вѣроятно, вы спросите, зачѣмъ здѣсь находятся подобные зонды, и кто ихъ употреблялъ? Господа, это прежніе инструменты, и въ рукахъ нашихъ знаменитыхъ предшественниковъ, они нашли почтенное количество камней. Я однакожъ обязанъ прибавить, что они многихъ камней и не открыли; я бы хотѣлъ, чтобъ это съ вами не случалось. Нисколько не колеблясь, я утверждаю, что способы изслѣдованія, принятые у насъ, чаще пропускаютъ присутствіе камня, чѣмъ отъискиваютъ его, и это будетъ продолжаться до тѣхъ поръ, пока изслѣдованіе камня будетъ производиться знакомымъ вамъ катетеромъ; между тѣмъ какъ инструментомъ съ маленькимъ загибомъ на концѣ вы можете изслѣдовать пузырь по всѣмъ направленіямъ (рис. 21).

Если камень великъ, то очевидно вы найдете его какимъ угодно инструментомъ, но особенно желательно и необходимо находить маленькіе сростки. Любой изслѣдователь можетъ найти большой камень, искусство же состоитъ въ отъисканіи маленькаго сростка; весьма важно умѣть распознать во время маленькій камень; оставаясь незамѣченнымъ, онъ увеличивается, и самыя страшныя затрудненія могутъ усложнить запоздалое леченіе, между тѣмъ какъ уничтоженіе малаго сростка не составляетъ большаго труда. Вы можете обѣщать больному излеченіе малаго камня безъ опасности для жизни.

Рис. 22.

Испытательный зондъ Томсона, для опредѣленія величины камня.

Какъ надо употреблять зондъ для изслѣдованія? Во первыхъ, его вводятъ не такъ, какъ катетеръ. При употребленіи послѣдняго, вы становитесь съ лѣвой стороны паціента и затѣмъ легко, осторожнымъ изгибомъ, вы вводите инструментъ въ мочевой пузырь. Для изслѣдованія испытательнымъ зондомъ надо стать съ правой стороны и самый способъ введенія инструмента иной. Такъ какъ я хочу дать вамъ на больномъ практическое поясненіе въ слѣдующую лекцію, то и отлагаю до того дня всѣ относящіяся сюда подробности.

Но далеко не достаточно открыть только существованіе камня; вамъ надо собрать еще и другія данныя, отъ которыхъ будетъ зависѣть операція, которую вы произведете. Необходимо для васъ знать объемъ камня, ранѣе чѣмъ рѣшить, что дѣлать. Въ этомъ отношеніи звукъ, произведенный прикосновеніемъ инструмента, можетъ вамъ дать нѣкоторое понятіе о величинѣ сростка. Если же вы захватите камень литотриторомъ въ двухъ или трехъ разныхъ направленіяхъ, то вы можете точно опредѣлить различные діаметры сростка. Но послѣдній инструментъ нѣсколько пугаетъ больнаго, и я полагаю, что вы можете вполнѣ удовлетворить всѣмъ потребностямъ практики, съ помощью моего зонда для *изслѣдованія;* я употребляю его давно и познакомилъ уже васъ съ нимъ. Инструментъ снабженъ бѣгунцомъ Е, и если хорошо введенъ, то опредѣляетъ довольно точно размѣръ камня, въ чемъ вы могли убѣдиться въ нашихъ палатахъ. Необходимо постараться одновременно распознать и составъ камня. Камень изъ фосфорнокислой соли, когда онъ въ пузырѣ, влаженъ, губчатъ и мягокъ, поверхность его немного шероховата и издаетъ густой звукъ; между тѣмъ какъ камень мочевой кислоты даетъ звукъ твердый. Моча въ этомъ случаѣ можетъ тоже дать вамъ драгоцѣнныя указанія; если

она кисла и содержитъ мочевую кислоту, то вы можете заключить, что камень состоитъ изъ мочевой кислоты; больной навѣрное подтвердитъ, что у него уже отдѣлялся песокъ. Моча же очень щелочная и богатая фосфорнокислыми солями означаетъ напротивъ того камень изъ фосфорнокислыхъ солей, или по крайней мѣрѣ, что онъ покрытъ слоемъ фосфорнокислой извести *).

Наконецъ необходимо знать *количество камней*, могущихъ находиться въ мочевомъ пузырѣ. Вообще встрѣчается только одинъ камень, но случайно могутъ находиться ихъ и нѣсколько. Въ настоящую минуту у насъ есть больной, которому завтра я сдѣлаю литотритію, имѣющій въ пузырѣ два камня довольно значительной величины, изъ мочевой кислоты. Я изложу вамъ способъ открывать другой камень. Прежде всего вы захватываете одинъ камень литотриторомъ и, примѣняя его вмѣсто испытательнаго зонда, *вы двигаете имъ съ осторожностію по всѣмъ направленіямъ*; если въ двухъ различныхъ направленіяхъ вы встрѣчаете камни, то можете быть увѣрены, что ихъ по крайней мѣрѣ три. Но тутъ я долженъ васъ удержать отъ возможности ошибки: пока литотриторъ, захватившій одинъ камень, изслѣдуетъ всѣ отдѣлы мочеваго пузыря, вы можете услышать шумъ отъ столкновенія, похожій на звукъ, производимый соприкосновеніемъ со вторымъ камнемъ. Это происходитъ отъ того, что первый камень недостаточно крѣпко захваченъ клещами литотритора и качается въ инструментѣ; мнѣ не рѣдко случалось видѣть подобныя ошибки.

До сихъ поръ я вамъ говорилъ только о камняхъ изъ мочевыхъ и фосфорнокислыхъ солей, но вамъ случится тоже встрѣтиться съ камнями щавелевокислыхъ соединеній, и важно для васъ умѣть ихъ различить. Съ этою цѣлью изслѣдуйте мочу и убѣдитесь, не содержитъ-ли она значительной пропорціи щавелевокислой извести. Можетъ быть у больныхъ до этого выходилъ щавелевокислый песокъ, и вы тогда можете заключить, что таковъ же и составъ камня, хотя кора его можетъ состоять изъ фосфорнокислой соли и ввести васъ въ заблужденіе.

Кстати я приведу фактъ. У одного больнаго въ моей част-

---

*) Камень щавелевокислой извести очень шероховатъ, твердъ, издаетъ звукъ очень ясный, и большею частью бываетъ одинъ и невеликъ. *П. Заблоцкій.*

ной практикѣ, имѣвшаго въ мочевомъ пузырѣ объемистый камень, я дѣлалъ уже четыре литотритіи и извлекъ большую долю осколковъ фосфорнокислыхъ. Но всякій разъ я замѣчалъ, что инструментъ мой, вмѣсто того, чтобы пронзить камень насквозь, всегда скользилъ, какъ будто его отталкивало отъ какого-то твердаго тѣла, то въ одну, то въ другую сторону. Послѣ четвертаго сеанса, мнѣ не удавалось дальнѣйшее раздробленіе камня; оставалось только ядро, лишенное своей фосфорнокислой коры, и котораго не могъ раздробить даже мой сильный литотриторъ. Соскользываніе инструмента съ поверхности щавелевокисло-известковаго сростка мнѣ достаточно знакомо; и оно убѣдило меня, что я имѣлъ дѣло съ излагаемымъ уклоненіемъ. На основаніи этихъ данныхъ, я произвелъ литотомію и избавилъ больнаго отъ объемистаго камня щавелевокислой извести. Въ подобныхъ случаяхъ моча содержитъ не щавелевокислую, а фосфорнокислую известь.

Литотриторъ всегда можетъ имѣть нѣкоторое вліяніе на мочекислый камень (уратъ) и вонзиться зубцами въ камень; если же инструментъ захватитъ большой щавелевокислоизвестковый камень, плотный какъ желѣзо, то зубцы литотритора не въ состояніи сдавить камень. При существованіи такихъ условій, нужно рѣшить важный вопросъ, что вы сдѣлаете: камнесѣченіе, или камнедробленіе? Вы знаете, что есть только два способа удалить камень: или сдѣлать отверстіе на столько широкое, чтобъ вынуть камень, или привести его къ такимъ размѣрамъ, чтобъ онъ могъ самъ выйти натуральнымъ путемъ. Наши предки знали только первый способъ. Камнесѣченіе было ихъ единственное средство противъ каменной болѣзни, и имѣлъ-ли больной малый или большой камень, камнесѣченіе производилось неминуемо. Поэтому, за исключеніемъ положительнаго убѣжденія въ присутствіи камня, всѣ остальныя подробности діагностики, на которыя я обратилъ ваше вниманіе, были для древнихъ хирурговъ, такъ сказать, лишнія.

Но теперь мы имѣемъ два способа удаленія камня, необходимо выбрать вѣрнѣйшій. Если вы не опредѣлите очень точно химическія и физическія свойства камня, и если, основываясь на этомъ опредѣленіи, вы не можете дойти до здраваго выбора между двумя методами леченія; если напримѣръ вы примѣните литотритію для большихъ камней, и литотомію для

маленькихъ, то вы принесете болѣе вреда и получите болѣе смертности, чѣмъ прибѣгая просто во всѣхъ случаяхъ къ камнесѣченію.

Хотите доказательство? Камнедробленіе, въ первыя времена своего появленія, принадлежало къ числу грубыхъ операцій, показанія къ нему не были еще довольно опредѣлены. Нерѣдко, за недостаткомъ точнаго распознованія, дробили камень, доступный только сѣченію, и вырѣзывали тѣ, для которыхъ болѣе всего была умѣстна литотритія. Что же вышло? Что смертность при двухъ способахъ операцій, превосходила смертность одной литотоміи. Эта характеристика фактовъ увольняетъ меня отъ изложенія подробныхъ доводовъ.

Не желая посвятить лишняго времени сравненію обоихъ способовъ, я изложу вамъ въ видѣ положеній общія начала, которыя будутъ руководить вашъ выборъ.

Во первыхъ скажу вамъ, что до возмужалаго возраста всѣ камни, за рѣдкимъ исключеніемъ, требуютъ сѣченія. Ранѣе 14 — 15 лѣтъ, всѣ камни у мужчины указываютъ на сѣченіе, кромѣ тѣхъ случаевъ, когда сростки очень малы и могутъ быть раздроблены въ одинъ пріемъ. Вообще литотритія не легка и не даетъ хорошихъ результатовъ у дѣтей; причина этому узкость мочеваго канала и раздражительность пузыря, между тѣмъ какъ камнесѣченіе удается въ этомъ возрастѣ вполнѣ, что извѣстно всѣмъ. Въ этомъ возрастѣ намъ нечего искать лучшей операціи: лучшее иногда есть врагъ хорошаго. Литотомія, произведенная на дѣтяхъ, даетъ не болѣе одной смерти на пятнадцать—на шестнадцать операцій; поэтому то я вообще ее считаю совершенно умѣстною для молодыхъ больныхъ камнемъ. Впрочемъ ребенку трехъ, четырехъ лѣтъ и даже выше, камень котораго не превышаетъ апельсиннаго зернышка и, можетъ быть, съ помощію хлороформа, раздробленъ въ одинъ или два сеанса литотритіи, — было бы неразумно отказать въ этомъ благодѣяніи.

Исключивъ случаи каменной болѣзни у дѣтей, я перехожу къ больнымъ, достигшимъ или переступившимъ періодъ возмужалости. Для нихъ литотритія составляетъ общее правило, за исключеніемъ случаевъ, которые я вамъ укажу. Первое исключеніе составляютъ камни изъ щавелевокислой извести и имѣющіе одинъ дюймъ въ діаметрѣ. Щавелевокисло-известко-

вый камень, не достигшій этой величины, и объемъ котораго колеблется отъ зерна боба до сфероида діаметромъ въ одинъ дюймъ обыкновенно подлежитъ литотритіи. Правда, что столь благопріятныя условія при камнѣ весьма рѣдки. Я имѣлъ случай раздроблять такіе камни не болѣе четырехъ разъ въ моей жизни, изъ нихъ два раза здѣсь, въ этомъ самомъ госпиталѣ. Щавелевокислые камни свыше этого размѣра противустоятъ нашимъ сильнѣйшимъ инструментамъ; даже еслибы удалось ихъ раздробить, то осколки будутъ такъ жестки и такъ легко могутъ ранить, что польза операціи весьма сомнительная. Второе исключеніе основано на размѣрахъ посторонняго тѣла. Противъ объемистаго камня мочевой кислоты, или даже исключительно фосфорнокислаго состава, камнесѣченіе вообще предпочитаютъ камнедробленію. Конечно всегда возможно раздробить любой камень мочевой-ли, фосфорной-ли кислоты; но если взять въ соображеніе количество потребныхъ сеансовъ и послѣдующее раздраженіе, то лучше предпринять кровавую операцію во всѣхъ случаяхъ, гдѣ діаметръ камня превышаетъ два дюйма. Скажу болѣе, даже камень діаметромъ въ два дюйма можетъ быть лучше удаленъ литотоміею.

Большая или мѐньшая разсыпчатость камня измѣняетъ задачу операціи. Не подлежитъ сомнѣнію, что фосфорнокислый сростокъ опредѣленнаго объема легче удалить литотритіею, тогда какъ камень изъ мочевой кислоты, такой же величины, требуетъ литотомію.

Наконецъ третья и послѣдняя категорія исключеній обусловливается анатомическимъ устройствомъ мочевыхъ и половыхъ органовъ. Очевидно, напримѣръ, что, при съуженіи мочеваго канала, или порокахъ мочеваго пузыря, камнедробленіе противопоказуется. А между тѣмъ, господа, эти пороки рѣдко возвышаются до истинныхъ противопоказаній. Здѣсь, прежде всего, я долженъ вамъ указать на случаи, которые, благодаря усовершенствованію литотритіи, не дѣлаютъ исключенія изъ общаго правила, вопреки тому, что вы могли прочесть въ изданіяхъ, публикованныхъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ. Недавно, напримѣръ, при органическомъ съуженіи я могъ раздробить мочекислый камень маленькими инструментами, спеціально для этого принаровленными. Считаю не лишнимъ упомянуть, что въ этомъ случаѣ съуженіе не было изъ самыхъ узкихъ.

Недавно также я примѣнилъ литотритію къ двумъ случаямъ, гдѣ было доказано съуженіе. Вотъ какъ я это исполнилъ: я оставилъ больному зондъ à demeure на нѣсколько дней и расширилъ съуженіе до № 10, затѣмъ я больнаго хорошо захлороформировалъ, ввелъ маленькій литотриторъ и извлекъ сколько возможно болѣе осколковъ. Потомъ ввелъ я опять катетеръ и оставилъ его на мѣстѣ дня на три, или четыре, пока больной снова былъ въ состояніи вынести новую операцію; затѣмъ повторилъ тѣ же пріемы до окончательнаго извлеченія камня. Эти уловки мнѣ отлично удались съ упомянутыми двумя больными; ихъ камни были необъемисты, но эти паціенты были бы не въ состояніи вынести операцію камнесѣченія.

Гипертрофія предстательной желѣзы служила также противупоказаніемъ къ литотритіи; при подобномъ условіи, говорили, немыслимо раздробить камень. Я же болѣе не дѣлаю разницы и прибѣгаю къ камнедробленію также охотно при гипертрофіи, какъ и при другихъ условіяхъ, и вижу въ этомъ только вопросъ оперативной ловкости. Даже, напротивъ того, человѣкъ, имѣющій гипертрофію, навѣрно былъ нѣсколько разъ изслѣдованъ зондомъ, вслѣдствіе чего чувствительность его органовъ притупилась къ прикосновенію инструментовъ, и въ концѣ концовъ къ такому больному литотритія легче примѣняется чѣмъ къ паціенту, мочевой каналъ котораго никогда не былъ изслѣдованъ.

Атонія мочеваго пузыря тоже считалась прежде противупоказаніемъ къ литотритіи, на томъ основаніи, что мочевой пузырь, не могущій опорожнивать мочи безъ помощи катетера, не будетъ въ состояніи извергнуть осколковъ послѣ операціи. Я же, напротивъ, не боюсь такихъ случаевъ въ силу тѣхъ же данныхъ, такъ какъ пузырь и мочевой каналъ уже привыкли къ инструментамъ. Что же касается до изверженія осколковъ, то усовершенствованные способы, которыми мы теперь владѣемъ, обезпечиваютъ насъ вполнѣ и дозволяютъ мнѣ не видѣть въ этомъ источника затрудненій.

Съ другой точки зрѣнія, при *раздражительности мочеваго пузыря* считали невозможнымъ камнедробленіе. На этотъ разъ говорили, что е́сли пузырь не можетъ содержать болѣе трехъ, четырехъ, или пяти унцій мочи, то не хватитъ пространства

для маневровъ литотритора, такъ что необходимо хирургу приступить къ камнесѣченію. Это замѣчаніе имѣетъ для меня не большее значеніе, какъ и предъидущее. Во первыхъ раздражительность пузыря происходитъ по преимуществу отъ присутствія камня, и мы часто видимъ, что она уменьшается, какъ только вы начинаете извлекать камень по частямъ; кромѣ того намъ нечего дѣлать съ *четырьмя унціями* жидкости въ резервуарѣ пузыря; намъ слишкомъ достаточно и *одной унціи*. Требуемыя четыре или пять унцій могли имѣть основаніе у нашихъ предшественниковъ при примѣненіи грубыхъ инструментовъ, которыми легко было коснуться стѣнокъ мочеваго пузыря; но съ нашими инструментами подобныя опасенія излишни, и повороты литотритора совершенно безопасны при одной унціи жидкости.

Для меня все равно, полонъ-ли пузырь при операціи, или пустъ, лишь бы онъ не былъ слишкомъ переполненъ. Я боюсь излишняго накопленія, потому что тогда камень ускользаетъ отъ инструмента, и приходится, извините за выраженіе, играть съ нимъ въ потемки. Я предпочитаю пустой пузырь тому, который содержитъ пинту мочи.

Вы видите, что число серьезныхъ исключеній очень незначительно, и вообще мало случаевъ, гдѣ бы возмужалый человѣкъ при вниманіи и хорошемъ уходѣ не перенесъ литотритіи. Если хирурги нашего поколѣнія совершенствуются какъ должно, если они превзойдутъ рвеніемъ и понятливостью своихъ предшественниковъ, то противупоказанія къ литотритіи будутъ болѣе и болѣе рѣдки. Всякій камень, узнанный при маломъ его объемѣ, всегда можетъ быть раздробленъ съ шансами почти вѣрнаго успѣха *), и такимъ образомъ камнесѣченіе должно современемъ исчезнуть, какъ обычный способъ излеченія камня у взрослаго человѣка. Это будетъ только исключительная операція, употребляемая при застарѣлой каменной болѣзни, запущенной больными или нераспознанной врачами.

Объемистый камень изъ мочекислыхъ соединеній (уратъ) составляетъ продуктъ нѣсколькихъ годовъ; большой камень фосфорнокислыхъ солей требуетъ двухъ, трехъ лѣтъ для своего образованія, и приблизительно восемь или десять лѣтъ необходимы

*) См. прибавленіе въ XIII лекціи.

камню щавелевокислой извести для достиженія размѣровъ, ставящихъ его въ необходимость быть вырѣзаннымъ. Конечно, было бы странно, если бы задолго до окончанія подобнаго срока, не могли бы распознать и уничтожить литотритіей постороннее тѣло. Не подлежитъ сомнѣнію, что если бы больные имѣли достаточно интелектуальности и ухода за собой, то камень былъ бы всегда распознанъ достаточно во время, чтобы быть раздробленнымъ почти съ вѣрнымъ успѣхомъ.

Подлежать сѣченію тогда будетъ только меньшинство крайне небрежныхъ больныхъ, глухихъ къ собственнымъ страданіямъ и не желающихъ прибѣгнуть къ хирургу.

Я надѣюсь, вы доживете до того времени, когда камнесѣченіе будетъ исключено изъ числа операцій, производимыхъ надъ возмужалымъ человѣкомъ. Не смѣю имѣть самъ этой надежды, хотя думаю дожить до той поры, когда увижу значительное уменьшеніе примѣненій литотоміи. Но вы навѣрно доживете до того времени, когда камнесѣченіе будетъ производимо только какъ исключеніе.

Но несмотря на то, что я радостно привѣтствую этотъ славный переворотъ нашего искуства, истинный критеріумъ хирургическаго таланта есть камнесѣченіе; это одна изъ тѣхъ большихъ операцій, которыя требуютъ отъ хирурга ловкости, знанія и присутствія духа; вотъ почему нельзя было-бы желать ея уничтоженія. Но она исчезнетъ навѣрно; и такъ какъ это поведетъ къ благу человѣчества, то мы можемъ только радоваться подобному результату.

На будущей недѣлѣ на этомъ самомъ столѣ будутъ лежать двое больныхъ камнемъ, и я вамъ покажу операцію камнедробленія, которая и составитъ предметъ нашихъ занятій.

ЛЕКЦІЯ IX.

Литотритія.

Вы сейчасъ увидите двухъ больныхъ, одного 62, другаго 65 лѣтъ; оба страдаютъ камнемъ въ мочевомъ пузырѣ. Первый изъ нихъ имѣетъ одинъ камень, діаметръ коего доходитъ до одного дюйма; второй имѣетъ два камня, каждый до $^3/_4$ дюйма въ діаметрѣ. Всѣ эти сростки состоятъ изъ мочекислыхъ соединеній (ураты). Если больной, надъ которымъ вы хотите производить операцію, никогда не былъ изслѣдованъ зондомъ и если мочевой каналъ не достаточно широкъ, то было бы недурно до операціи ввести ему два или три раза бужъ; часто, впрочемъ, вы можете избавиться отъ такой подготовки. Въ данныхъ случаяхъ она излишняя, потому что у обоихъ больныхъ мочевой каналъ не особенно чувствителенъ и не узокъ, слѣдовательно нечего и желать лучшаго. Вообще говоря желательно, чтобы во время операціи силы и здоровье паціента не были бы въ упадкѣ; на этомъ основаніи при лихорадкѣ, при разстройствѣ желудка или кишечнаго канала вамъ придется отложить операцію.—Однимъ словомъ старайтесь всегда начать леченіе при благопріятныхъ условіяхъ, какъ со стороны мѣстныхъ анатомическихъ данныхъ, такъ и со стороны общихъ отправленій организма.

Если вы рѣшитесь на камнедробленіе (литотритію), то необходимо выбрать инструментъ.—Сейчасъ покажу вамъ тотъ, на которомъ я остановился; но сперва я хочу васъ познакомить съ инструментами, употреблявшимися прежде.

Нахожу умѣстнымъ заявить во первыхъ, что литотритія обязана своимъ существованіемъ французскимъ хирургамъ, преимущественно Сивіалю, Леруа Этіолю и др. Мой старый другъ Сивіаль, умершій въ 1867 году, обремененный годами

и почестями, былъ первый хирургъ, раздробившій съ успѣхомъ камень въ 1822 году (*). Механическое леченіе каменной болѣзни было, говорятъ, даже выполняемо самими больными **). Разсказываютъ, что одному человѣку какъ-то удалось уничтожить посредствомъ тонкой пилочки камень, который онъ имѣлъ въ своемъ мочевомъ пузырѣ, и это послужило основаніемъ для названія *литотритіи*. Но Сивіаль пользуется славой возведенія въ научный методъ раздробленія камней на живомъ человѣкѣ.—Въ присутствіи членовъ медицинской академіи, съ помощію инструмента, который я держу въ рукѣ, онъ оперировалъ своихъ двухъ первыхъ больныхъ. Посмотрите, какая разница съ нынѣшними аппаратами. Это прямой инструментъ, снабженный срединнымъ стержнемъ и вооруженный тремя крючками, которые должны раскрыться, какъ скоро будутъ введены въ мочевой пузырь. (Демонстрація употребленія инструмента). Вы можете оцѣнить насколько этотъ способъ отличается отъ употребляемаго нынѣ! Но несмотря на то, операція имъ имѣла нѣкоторый успѣхъ. Я не заставлю васъ слѣдить шагъ за шагомъ за перемѣнами, которымъ постепенно подвергались употреблявшіеся инструменты; остановлюсь только на изобрѣтеніи инструмента съ загнутымъ внутреннимъ концемъ. (***) Это открытіе произвело огромный прогрессъ и можно сказать, что, за исключеніемъ самыхъ легкихъ измѣненій, пріобрѣло одобреніе всѣхъ хирурговъ.—Между тѣмъ, мы имѣемъ еще въ этомъ разрядѣ литотриторовъ старинный образецъ съ накруткою на рукояткѣ и который, къ сожалѣнію, употребляется въ нашемъ отечествѣ, и даже въ Лондонѣ, но за границей уже давно оставленъ. Несмотря на то, Веніаминъ Броди съ этимъ, далеко несовершеннымъ ин-

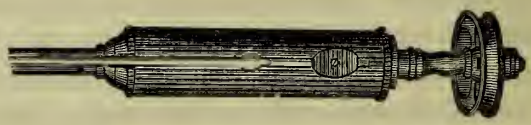
(*) Здѣсь вѣроятно ошибка во времени. Инструментъ, предложеный Сивіалемъ въ 1822, былъ столь неудобенъ, что онъ имъ вѣроятно никогда не входилъ въ пузырь живаго человѣка. 13-го Января 1824 года Сивіаль въ первый разъ сдѣлалъ съ успѣхомъ литотритію,—инструментомъ, идея котораго по всему вѣроятію принадлежитъ Леруа д'Этіолю.

(**) Маіоръ Мартенъ.—Хирургическій анекдотъ, разсказанный Марсетомъ, въ его сочиненіи: On Colculous disorders, etc. (Pag. 20).

(***) Якобсонъ въ Копенгагенѣ былъ первый пользовавшійся кривымъ инструментомъ (1830 г.). Этотъ инструментъ имѣлъ кривой внутренній конецъ; при введеніи его въ пузырь, при помощи особеннаго механизма, дѣлалась металлическая петля. Инструментъ этотъ скоро былъ оставленъ.—Настоящая-же идея литотритора съ кривыми захватами принадлежитъ Гертелу (1832 г.).

струментомъ сдѣлалъ не мало операцій. Вы видите, сколько онъ требуетъ времени и движеній въ мочевомъ пузырѣ. Понадобится не менѣе пяти минутъ, чтобы раздробить порядочную часть камня. Сивіаль и Шарьеръ въ Парижѣ, съ цѣлью уменьшенія потери времени и для удаленія потрясеній, производимыхъ привинчиваніемъ и отвинчиваніемъ накрутки, значительно усовершенствовали снарядъ. Въ новомъ образцѣ движеніе вѣтвей переходитъ непосредственно въдвиженіе винта и обратно, при помощи винтоваго диска, находящагося у оправы *). (Демонстрація). Около того же времени Вильямъ Фергюсонъ изобрѣлъ систему крюка и щипцовъ; его аппаратъ представляетъ усовершенствованіе устарѣлаго снаряда, только что вамъ описаннаго. Наконецъ вотъ камнедробитель (литотриторъ), сдѣланный гг. Вейссъ по моимъ указаніямъ и на которомъ я немного остановлю ваше вниманіе, по тѣмъ двумъ причинамъ, что онъ теперь общеизвѣстенъ и что я исключительно пользуюсь имъ при операціяхъ въ этомъ госпиталѣ.

Рис. 23. **)



Помните, что эти два условія—время и сотрясеніе имѣютъ большое значеніе. Оставить инструментъ въ пузырѣ три минуты или одну, составляетъ большую разницу Введите бужъ

*) Это послѣднее и замѣчательное усовершенствованіе въ литотриторѣ принадлежитъ также французскому фабриканту Шарьеру.

**) Рукоятка литотритора Томсона основывается на механизмѣ складной гайки, écrou brisé. Онъ отличается отъ французскихъ инструментовъ только:

1) Бороздчатой цилиндрической формы ручкою, вмѣсто четырехугольной. Измѣненная такимъ образомъ рукоятка лучше держится въ рукѣ и удивительно легко поддается частымъ вращательнымъ движеніямъ, которыя могутъ быть необходимы при операціи; при томъ такая рукоятка не легко скользитъ между пальцами хирурга, всегда болѣе или менѣе замазанными масломъ или мочею.

2) Пуговкой, которая служитъ замѣткою для опредѣленія направленія пузырнаго конца инструмента; она позволяетъ въ то же время удерживать или ослаблять складную гайку или колесо съ крайней легкостью, при помощи большаго пальца, и безъ перемѣщенія руки.

и выньте его тотчасъ-же, вы почувствуете незначительную неловкость; оставивъ-же бужъ три или четыре минуты въ мочевомъ пузырѣ, вы получите иное ощущеніе. Каждая половина минуты по истеченіи первой изъ нихъ увеличиваетъ боль. Одно присутствіе инструмента въ пузырѣ вызываетъ раздраженіе, и сила раздраженія пропорціональна, такъ сказать, промежутку времени пребыванія посторонняго тѣла. На этомъ основаніи мы считаемъ побѣдой всѣ измѣненія инструментовъ или операцій, имѣющихъ цѣлью сократить оперативный маневръ, упростить движеніе инструмента и уменьшить сотрясеніе въ органическихъ частяхъ.

Перейдемъ теперь къ самой операціи. Я не знаю операціи, которая бы требовала столько вниманія въ мельчайшихъ подробностяхъ, ибо каждая изъ этихъ подробностей имѣетъ здѣсь огромное значеніе. Если хирургъ хочетъ имѣть успѣхъ, то онъ не долженъ ограничиваться одною только заботою объ операціи, но долженъ обратить вниманіе свое на всѣ подробности даннаго случая. Если хотятъ литотритію производить безъ этого должнаго вниманія, то лучше совсѣмъ ее не дѣлать. Одно изъ двухъ: или примѣняйте литотритію согласно извѣстнымъ принципамъ, слѣдя за малѣйшими частностями, или же дѣлайте камнесѣченіе. Нахожу излишнимъ входить здѣсь въ отдѣльности въ каждую частность даннаго случая; мы разсмотримъ только ихъ принципы. Къ счастью они очень просты. Въ чемъ состоитъ вся задача? Удалить камень безъ поврежденія мочеваго пузыря инструментами или осколками камня. Вотъ цѣль. Если мы можемъ ее достигнуть, то успѣхъ несомнѣненъ.

Нечего и говорить, что для исполненія нашей задачи мы и думать не можемъ о рѣжущемъ инструментѣ. Онъ во всѣхъ случаяхъ камнесѣченія причиняетъ прежде всего большую, широкую и глубокую рану. Посмотримъ теперь, до какой степени мы можемъ разрѣшить эту задачу съ помощію литотритіи. Больнаго при этой операціи можно ранить двумя способами: камнемъ или инструментомъ. Начнемъ съ камня:

Мы знаемъ, что пока камень цѣлъ, то онъ не причиняетъ опасности мочевому пузырю, несмотря на боли и хроническія измѣненія, которыя камень вызываетъ рано или поздно. Но раздробленный на острые осколки, камень производитъ силь-

ное раздраженіе, послѣдствіемъ котораго можетъ быть тяже лое воспаленіе мочеваго пузыря. Вотъ почему я совѣтую, раздробивши камень по частямъ, измельчить его осколки въ порошокъ, а не просто дробить каменистый сростокъ на острые куски. Кромѣ того, вамъ необходимо позаботиться еще, чтобы осколки, коль скоро они остры и рѣзки, не попали въ мочевой каналъ. Оставаясь дня два, три въ мочевомъ пузырѣ, края осколковъ притупляются, отъ соприкосновенія съ мочею, а раздраженіе мочеваго канала тѣмъ временемъ успокоится; все это благопріятствуетъ хорошему исходу. Въ это время больной долженъ соблюдать полнѣйшее спокойствіе, дабы осколки могли оставаться въ наибольшей неподвижности внизу мочеваго пузыря. Иногда при этомъ можно способствовать усиленному отдѣленію мочи легкими мочегонными.

Во вторыхъ можно ранить инструментами и, маневрируя литотрическими инструментами, можно причинить большія поврежденія мочевому пузырю и мочевому каналу. Поэтому я постоянно старался на сколько возможно уменьшить размѣры инструмента, упростить его движенія и сократить время операціи. Я вамъ показалъ уже какъ, согласно съ этимъ принципомъ, я придумалъ инструментъ, производящій по возможности менѣе раздраженія; если вы найдете снарядъ столь-же полезный, но причиняющій еще менѣе разстройствъ, то это будетъ также *шагъ впередъ*.

Я уже вамъ говорилъ, что я стараюсь по возможности упростить инструменты въ литотритіи. Въ прежнее время существовало правило — вводить литотриторъ въ мочевой пузырь, только тогда, когда этотъ резервуаръ содержитъ въ себѣ извѣстное количество мочи или другой жидкости. Поэтому прежде чѣмъ ввести литотриторъ, выпускали мочу катетеромъ, и впрыскивали въ пузырь четыре или пять унцій воды. Я вамъ доказалъ уже полнѣйшую безполезность этихъ впрыскиваній. Я исключилъ ихъ навсегда изъ моей практики и даже не совѣтую больному удерживать мочу до моего прихода; для меня безразлично время ея выпущенія. Я предугадываю возраженіе; мнѣ скажутъ: «если вы имѣете во время операціи въ пузырѣ лишь малое количество мочи, то будете-ли вы увѣрены, что не раните мочеваго пузыря, стараясь захватить камень?» Могу васъ вполнѣ успокоить на этотъ счетъ.

Наши инструменты устроены такъ, что только съ умысломъ можно захватить стѣнку пузыря, да и это исполнить было-бы не легко. Это могло случаться съ прежними литотриторами, которыхъ ложки сближались слишкомъ тѣсно. Съ моимъ-же инструментомъ, подобная случайность невозможна, и отсюда истекаетъ безопасность нашихъ инструментовъ.

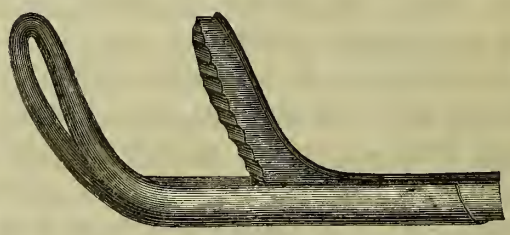
Наконецъ мы находимъ въ операціяхъ еще другія причины раздраженія, которыя мы также можемъ отстранить. Часто бывало, и до сихъ поръ случается, что стараются извлечь чрезъ мочевой каналъ большіе осколки камня. Подобные хирурги кажется хотятъ сдѣлать изъ литотритора клещи и считаютъ подвигомъ захватить такимъ инструментомъ камень величиною съ бобъ и его извлечь. Но, чтобы вынуть такой осколокъ, надо его прежде захватить, а разъ онъ захваченъ, то отчего его не превратить въ порошокъ. Зачѣмъ тащить на пространствѣ шести или семи дюймовъ, чрезъ нѣжныя и чувствительныя ткани канала, острые и жесткіе осколки, и жестокой болью растравлять шейку мочеваго пузыря и мочеиспускательный каналъ. Я смотрю на это не какъ на подвигъ хирургическаго искусства; а какъ на ошибку, которую надо стараться совершенно избѣгнуть. И такъ ни подъ какимъ видомъ не вынимайте вашего камнедробителя, захватившаго большіе осколки; только при этомъ условіи инструментъ можетъ свободно пройти чрезъ мочевой каналъ. Не теряйте изъ виду главнаго характера вашей системы и всегда дробите осколки на столько, чтобы ихъ прохожденіе наружу было просто и безвредно.

Прежде любили послѣ всякаго сеанса литотритіи заставлять больнаго вставать и впрыскивали ему въ мочевой пузырь нѣсколько унцій воды, съ цѣлью удалить водою оставшіеся осколки. Но этотъ способъ очень раздражаетъ больнаго, не рѣдко болѣе чѣмъ самъ литотриторъ, и потому я вычеркиваю его, какъ ненужный и вредный. Такимъ образомъ, вы видите, мы избавляемся, какъ отъ предварительныхъ и послѣдующихъ впрыскиваній, такъ и отъ извлеченія осколковъ. Держитесь общаго правила, что литотриторъ дѣлаетъ все. Хорошій инструментъ, съ плоскими на концѣ вѣтвями (lithotrite à mors plats), сдѣлаетъ все нужное въ семи случаяхъ изъ восьми, и только при исключительныхъ условіяхъ вамъ придется прибѣгнуть къ

другимъ средствамъ, какъ напр. къ аппарату Кловера, который я вамъ рекомендую, какъ одинъ изъ лучшихъ.

Объяснивъ вамъ, насколько я понимаю, простые и вѣрные принципы литотритіи, я покажу вамъ способъ ея употребленія. Если камень великъ и крѣпокъ, то обыкновенно начинаютъ операцію окончатымъ камнедробителемъ (lithotrite à mors fenêtrés). Въ этомъ инструментѣ ложка женской вѣтки на концѣ совсѣмъ продыравлена насквозь, такъ что мужская вѣтка совсѣмъ въ нее входитъ. Этотъ инструментъ болѣе или менѣе всегда опасенъ и употреблять его надо по возможности рѣже.

Рис. 24.

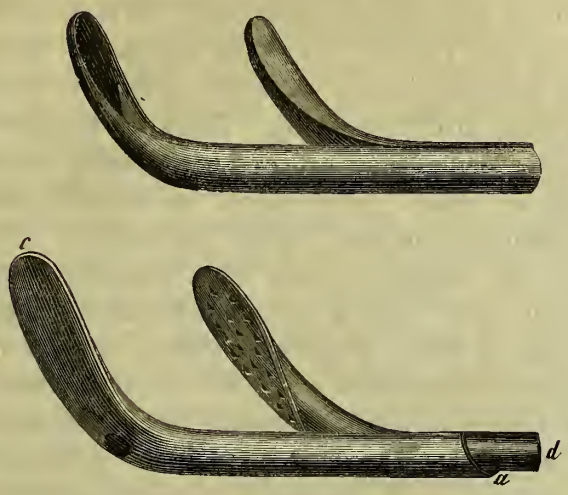


Литотриторъ окончатый à mors fenêtrés.

Лично я употребляю его только въ томъ случаѣ, когда камень такъ великъ, что раздробить его нѣтъ возможности литотриторомъ съ плоскими захватами. Въ послѣднее время я совсѣмъ отказался отъ его употребленія, и вотъ уже три года, какъ я не ввожу его въ пузырь больнаго. Хорошій инструментъ съ плоскими захватами сладитъ со всякимъ камнемъ, который должно раздавить; камни же, которые ему не поддаются, слѣдуетъ оставлять для литотоміи. Такимъ образомъ, вы видѣли мой успѣхъ въ залѣ № 9, при раздавленіи камня изъ щавелевокислой извести, по крайней мѣрѣ въ дюймъ въ діаметрѣ; случай этотъ былъ одинъ изъ счастливѣйшихъ изъ числа когда либо наблюдавшихся нами. Камень былъ очень крѣпокъ; но вы видѣли, какъ быстрымъ движеніемъ винта, я могъ его раздробить и какъ были раздавлены отдѣльные его осколки по частямъ. Конечно, я бы не предпринялъ операціи, не бывъ увѣренъ въ моемъ инструментѣ, и я не думаю, чтобы достигнутый успѣхъ былъ возможенъ съ французскимъ камнедробителемъ таковой-же величины, потому что послѣдній менѣе

крѣпокъ чѣмъ тѣ, которые мы находимъ у хорошихъ лондонскихъ фабрикантовъ.

Рис. 25 и 26.



Литотриторы съ плоскими захватами, à mors plats.

Края окончатаго литотритора остры и плотно сходятся одинъ съ другимъ, а осколки имъ производимые неправильны и остры. Поэтому употребляйте преимущественно литотриторъ съ плоскими захватами, такъ какъ, собственно говоря, онъ одинъ только превращаетъ камень въ порошокъ; захваты инструмента не сходятся вплотную, поэтому и ущемить и прорвать мочевой пузырь невозможно. Употребленіе этого инструмента также легче, нежели окончатаго литотритора. (Больной принесенъ).

Я уже говорилъ вамъ, что камнедробитель вводится иначе, чѣмъ зондъ. Вы знаете, что въ Англіи для введенія катетера мы становимся на лѣво отъ больнаго. Французскіе хирурги становятся на право. Для изслѣдованія лежащаго больнаго, вы держите вашъ инструментъ почти горизонтально, осторожно подвигаете по нему penis, потомъ легкимъ наклоненіемъ инструмента безъ всякаго усилія, вводите инструментъ въ мочевой пузырь. Введеніе литотритора требуетъ инаго маневра.

Можно стоять справа или слѣва, справа однако лучше, потому что съ этой стороны надо производить дробленіе, и

было бы неловко, введя инструментъ, обходить больнаго для продолженія операціи. Итакъ, стоя на право отъ больнаго и слегка спиной къ его лицу, вы тихо и осторожно вводите литотриторъ, такъ чтобы онъ входилъ самъ собою, пока пятка его приметъ почти вертикальное положеніе. Затѣмъ вы его оставляете нѣсколько секундъ въ этомъ положеніи, предоставляя ему подвигаться собственною тяжестію, пока онъ, такъ сказать, скользнетъ подъ лобковою дугою. Тогда вы опускаете ручку, и инструментъ немедленно входитъ въ мочевой пузырь. Вы видѣли, что ни одинъ инструментъ не входитъ такъ легко, какъ литотриторъ, если имъ хорошо управлять.

Но вотъ онъ введенъ; теперь намъ остается найти и захватить камень. Для этого я просто открываю и закрываю захваты. Камень въ нихъ. Я трогаю пуговку, которая отнимаетъ у инструмента возможность скользить и доставляетъ возможность дѣйствовать винтомъ. Камень такимъ образомъ плотно захваченъ; я поварачиваю колесо рукоятки и дроблю камень. Затѣмъ ослабляю гайку, открываю и снова закрываю захваты; тѣмъ-же способомъ захватываю большой осколокъ и его также дроблю. Такимъ путемъ я получаю большое количество осколковъ, а операція не продолжается и минуты. Я медленно вынимаю литотриторъ, и въ его ложкѣ мы находимъ нѣсколько порошинокъ камня, которыя, какъ вы видите, состоятъ изъ мочекислыхъ соединеній. Мы не имѣемъ ни капли крови, и больной не произнесъ ни одной жалобы. Спросите его и я увѣренъ, что онъ вамъ скажетъ, что все это, конечно, непріятно, но не стоитъ того, чтобы хлороформироваться, какъ наприм. для вырыванія зуба.

Теперь мы займемся вторымъ больнымъ, вынесшимъ уже двѣ операціи и, слѣдовательно, знакомымъ съ ними. (Второй больной ложится на столъ; первый уходитъ). Ввожу инструментъ, какъ и прежде. Открываю и закрываю его, захватываю—ничего нѣтъ, поворачиваю на лѣво — также ничего, на право — все ничего. Тогда я спускаю его и переворачиваю инструментъ такъ, чтобы захватъ его приходился книзу. Открываю и закрываю, на этотъ разъ я захватилъ маленькій осколокъ, забившійся далеко за предстательную желѣзу. Я дроблю его. Опять, не мѣняя положенія, открываю и закрываю инструментъ и захватываю другой осколокъ камня больше

перваго, дроблю его и немедленно вынимаю инструментъ. Этотъ пріемъ всегда болѣзненнѣе, чѣмъ когда камень занимаетъ свое обыкновенное положеніе. Кромѣ того здѣсь требуется больше времени, двѣ минуты, вмѣсто одной. Впрочемъ обыкновенно не встрѣчается столько препятствій, если назвать такъ тѣ маневры, свидѣтелями которыхъ вы были.

Позвольте мнѣ дать вамъ совѣтъ, имѣющій большое значеніе. Всякій разъ, какъ вы нашли и раздробили камень или осколокъ порядочной величины, удержите вашъ литотриторъ на томъ же мѣстѣ. Это мнѣ напоминаетъ ловлю окуней; если вы словили однаго, то словите ихъ 20 и 30 въ томъ же мѣстѣ, если вы будете продолжать искать тамъ же, вмѣсто того, чтобы искать вдоль береговъ. Тоже самое и съ литотритіей; оставляйте на мѣстѣ вашъ камнедробитель и вамъ придется только захватывать и дробить. Однимъ словомъ во всякомъ пузырѣ есть свое «гнѣздо», свое привиллегированное мѣсто, гдѣ преимущественно скопляются осколки. Если вы попали на это хорошее мѣсто, вы можете дробить безъ остановки; если же вы не попали, то вамъ нѣсколько трудно будетъ отыскивать камень. Гнѣздо, разумѣется, мѣняется съ положеніемъ больнаго: если больной, напримѣръ, стоитъ, то положеніе гнѣзда иное, чѣмъ при лежачемъ положеніи. Въ этомъ случаѣ хорошо приподнимать тазъ на 2 или на 3 дюйма, чтобы гнѣздо не было очень приближено къ шейкѣ мочеваго пузыря. Шейка, вообще, очень чувствительна, и вы всегда должны избѣгать ея близости, потому что выдвигая мужскую вѣтвь, вы можете задѣть ею шейку, если не остережетесь. Одно изъ правилъ литотритіи,—это никогда насильно инструмента не раскрывать; напротивъ, мы должны весьма осторожно отодвигать мужскую вѣтвь, дабы *чувствовать* шейку пузыря, и не забывайте, что камчедробитель не открывающійся вполнѣ свободно и безъ сотрясеній, есть инструментъ негодный.

Эта діаграмма укажетъ вамъ, что я разумѣю подъ именемъ *избраннаго гнѣзда*. Если больной лежитъ на спинѣ, безъ подушекъ подъ тазомъ, то гнѣздо будетъ ближе къ шейкѣ пузыря, нежели при поднятомъ тазѣ на приличномъ возвышеніи. У больнаго, котораго вы сейчасъ видѣли, предстательная желѣза гипертрофирована, и чтобы найти камень, мы должны были совсѣмъ перевернуть литотриторъ. И преимущественно

при гипертрофіи предстательной желѣзы необходимо хорошенько поднять тазъ, чтобы отодвинуть осколки въ самую дальную часть пузыря, или, говоря иначе, для возможнаго удаленія шейки отъ *гнѣзда осколковъ*.

Но вы спросите, сколько разъ при каждомъ сеансѣ можно ввести литотриторъ? И послѣ каждаго введенія, сколько осколковъ можно извлечь? Отвѣтъ на этотъ вопросъ зависитъ отъ многихъ случайностей. Во первыхъ, мы должны взять въ соображеніе ловкость руки оператора. А. можетъ позволить себѣ ввести литотриторъ три раза одинъ за другимъ съ дробленіемъ и извлеченіемъ всякій разъ камня и причинить менѣе раздраженія органамъ, чѣмъ Б., который введетъ инструментъ всего разъ, но неловко. Во вторыхъ, иной больной лучше выноситъ три введенія литотритора, чѣмъ другой одно, имѣя пути мочеваго канала шире и менѣе чувствительные, чѣмъ другой.

Въ третьихъ, наконецъ, случаются особыя обстоятельства, заставляющія иногда ускорить операцію и очистить мочевой пузырь въ самомъ скоромъ времени. Примѣръ: послѣдній сеансъ, острый осколокъ, причинилъ сильную боль и произвелъ воспаленіе, моча со всякимъ днемъ становится мутнѣе и кровянистѣй. При этихъ условіяхъ я оперирую заразъ; я извлекаю, что могу, и чтобы свободнѣе достигнуть цѣли, хлороформирую больнаго. Здѣсь выжидать было бы ошибкой, и какъ бы ни лечили воспаленіе обыкновенными средствами, всѣ ваши усилія будутъ напрасны, пока существуетъ настоящая причина раздраженія. Напротивъ, дробите всѣ осколки, осторожно исторгайте остатки и вы немедленно убѣдитесь въ улучшеніи симптомовъ и очищеніи мочи. Я считаю весьма важнымъ дѣйствовать въ подобномъ случаѣ скоро и рѣшительно. По всей вѣроятности моча чрезъ три-четыре дня опять сгустится. И тогда вы тѣмъ же способомъ снова оперируете, и на этотъ разъ вамъ вѣроятно удастся извлечь почти весь раздражающій матерьялъ.

Въ четвертыхъ вы должны принять въ соображеніе положеніе такого больнаго, который мочится только съ помощію катетера, такъ что его органы не въ состояніи самостоятельно освободиться отъ остатковъ дробленія. Здѣсь вы должны участить захваты камня и способствовать скорѣйшему выхожденію его частей. Если только ваши пріемы хорошо исполнены, то

вамъ нечего бояться, имѣя всегда союзникомъ, въ этомъ случаѣ, терпимость мочеваго канала.

Знаете-ли въ какомъ случаѣ вы должны болѣе всего остерегаться употребленія инструментовъ, по крайней мѣрѣ въ началѣ? Въ томъ случаѣ, если вамъ придется имѣть дѣло съ деревенскимъ жителемъ, здоровымъ и краснощекимъ съ виду, въ дѣятельной жизни котораго не было, можетъ быть, и однаго дня болѣзни, и мочевой каналъ котораго никогда не былъ въ соприкосновеніи съ зондомъ. Не обманывайте себя; такой человѣкъ менѣе всякаго другаго больнаго вынесетъ оперативные маневры литотритіи, развѣ что вы будете дѣйствовать весьма осторожно, особенно въ началѣ. Только тогда можетъ быть случай хуже этого, если вы нападете на худосочнаго человѣка, давно разстроеннаго хроническимъ піелитомъ, или другимъ процессомъ въ почкахъ.

И такъ, общее правило: начинайте всегда однимъ введеніемъ литотритора, раздробляйте камень въ четыре или пять пріемовъ, впродолженіе двухъ минутъ, которыя я вамъ даю (хотя вы знаете, что самъ я остаюсь менѣе времени); затѣмъ захватите инструментомъ нѣкоторое количество остатковъ камня, если они свободно и безвредно могутъ пройти чрезъ мочевой каналъ. Вынимайте осторожно вашъ инструментъ, для избѣжанія какой либо царапины слизистой оболочки. Часто наружное отверстіе мочеваго канала бываетъ узко, а потому моментъ, когда вы изъ него вынимаете инструментъ, наполненный частицами камня, дѣлается самымъ чувствительнымъ изъ всей операціи. Если это такъ, то вы должны сдѣлать разрѣзъ маленькимъ скрытымъ bistouri.

Упражненія надъ трупомъ ознакомять васъ до извѣстной степени, съ управленіемъ литотритора. Во всякомъ случаѣ пустой мѣшокъ, представляющій мочевой пузырь мертваго, только отчасти напоминаетъ, съ точки зрѣнія хирургическихъ ощущеній, мочевой резервуаръ живаго человѣка, хотя этого рода упражненія и не будутъ для васъ вполнѣ безполезны, особенно если вы ихъ совершаете подъ руководствомъ наставника, но они никогда не замѣнятъ вамъ практику надъ больнымъ.

Послѣ маневровъ оперативныхъ, важнѣе всего послѣдующій уходъ за больнымъ. Прошлый разъ я говорилъ, что дол-

но избѣгать преждевременнаго выхода осколковъ. Прошу сегодня позволенія остановиться снова на этомъ пунктѣ. Послѣ операціи, части разбитаго камня собираются въ глубинѣ мочеваго пузыря. Я имѣю обыкновеніе помогать этому обстоятельству, для чего держу больнаго въ теченіи 36 часовъ въ постели и совѣтую ему, по возможности, лежать на спинѣ. Во всякомъ случаѣ, приказываю ему мочиться исключительно въ этомъ положеніи, съ цѣлью привести въ покойное положеніе угловатыя и острыя стороны осколковъ и предупредить этимъ ихъ увлеченіе въ просвѣтъ мочеваго канала. Къ несчастію, очень часто пренебрегаютъ этими предосторожностями и что же случается? Подъ вліяніемъ необходимости мочиться, больной встаетъ и напрягается, острые осколки задерживаются въ шейкѣ пузыря и отсюда происходятъ: кровотеченіе, боль, иногда даже воспаленіе предстательной желѣзы и яичекъ. Если же больной мочится лежа, то постоянно смоченные осколки по немногу теряютъ остроту угловъ и краевъ; раздраженный, а можетъ быть и раненый инструментомъ мочевой каналъ будетъ имѣть время успокоиться, и подъ конецъ осколки и мочевой каналъ принаровятся, такъ сказать, одинъ къ другому лучше, чѣмъ въ началѣ.

Мнѣ думается, что я одинъ преподаю эти вещи; но повѣрьте, знаніе ихъ важно и равносильно ихъ простотѣ. Не позволяйте никогда человѣку, выдержавшему литотритію, мочиться стоя, между первымъ и вторымъ сеансомъ, пока осколки его камня велики и остры. Раздробивъ осколки въ два или три пріема, можетъ быть вы позволите ему мочиться и стоя, но въ теченіе двадцати четырехъ или тридцати шести часовъ, слѣдующихъ за всякимъ сеансомъ, никогда не допускайте его мочиться иначе, какъ лежа.

Немедленно послѣ операціи, вы можете приложить къ сторонѣ пузыря теплую припарку изъ льнянаго сѣмяни. Это доставляетъ больнымъ успокоеніе, а иногда и облегченіе. Наканунѣ или утромъ въ день операціи вы должны насколько возможно очистить кишечный каналъ, дабы по возможности отдалить новое испражненіе и соединенное съ этимъ актомъ напряженіе.

Предположимъ теперь, что въ пять, шесть или восемь сеансовъ, смотря по объему камня, вы освободили или почти

освободили пузырь вашего кліента. Задача ваша еще не окончена. Литотритію всегда упрекали въ томъ, что будто постоянно оставалось сомнѣніе въ выходѣ послѣдняго осколка; иначе говоря, хирургъ никогда не можетъ быть увѣренъ, что не оставилъ въ пузырѣ больнаго остатка камня, а съ нимъ и зародышъ для новаго камня. Въ былое время это заключеніе имѣло свое основаніе. Нынѣ-же оно лишнее, если операція сдѣлана хорошо, т. е. если вы съумѣли взяться за дѣло, то послѣдній осколокъ не затруднитъ васъ болѣе другихъ.

Вообще послѣдній осколокъ выходитъ, какъ и всѣ предшествующіе, естественными усиліями оперированнаго. Но предположимъ присутствіе осколка, большіе размѣры котораго не позволяютъ ему выйти изъ пузыря, о чемъ вы узнаете по чувству боли и пр. Возьмите тогда литотриторъ съ короткимъ и широкимъ захватомъ, который вы можете перевертывать въ мочевомъ пузырѣ. Подобный инструментъ позволитъ вамъ вполнѣ свободно изслѣдовать всю глубь пузыря. Здѣсь вы особенно оцѣните цилиндрическую форму, данную мною наружному концу инструмента. Вы можете его легко и быстро вертѣть между большимъ и указательнымъ пальцами, но все въ этомъ же положеніи, т. е. носъ инструмента, обращенный къ низу, тотчасъ позади шейки пузыря.

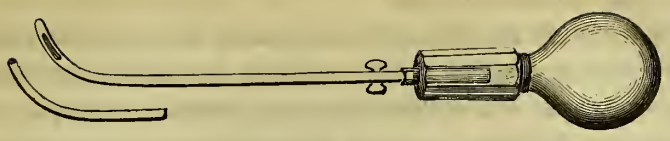
Такимъ образомъ, весьма легко извлечь изъ остатковъ камня, величиною въ половину горошины, звукъ доступный и внятный для уха. Я сто разъ доказывалъ это при моихъ занятіяхъ; я доставалъ маленькій отломокъ цѣлымъ, заставивъ его сначала издать звукъ въ присутствіи аудиторіи. Такая ясная опредѣленность не дается, я думаю, никакимъ другимъ извѣстнымъ инструментомъ. Иногда всѣ ваши окончательныя изслѣдованія не уничтожаютъ послѣдняго сомнѣнія и заставляютъ сомнѣваться, не осталось ли еще въ пузырѣ отломка, или частицы камня. Что, въ такомъ случаѣ слѣдуетъ дѣлать? Вы не увѣрены, происходитъ ли существующее раздраженіе въ пузырѣ отъ остатка камня, или оно есть слѣдствіе оперативныхъ маневровъ. Въ этомъ случаѣ обождите недѣлю, и если по истеченіи этого срока положеніе не улучшится, и вы все еще сохраняете сомнѣніе, то заставьте больнаго сдѣлать сильное движеніе. Въ Лондонѣ ничего нѣтъ для этого лучше, какъ продолжительная прогулка въ омнибусѣ. Если это средство не

укажетъ вамъ на присутствіе осколка камня въ пузырѣ человѣка, то я ужъ и не знаю, что ихъ можетъ открыть. Всякій разъ, какъ больной выйдетъ побѣдителемъ изъ этого испытанія и не разстроится до невозможности такой прогулкой, въ особенности если дороги новы, то считайте, что ни одного куска камня не осталось въ мочевомъ резервуарѣ, и продолжительность боли зависитъ лишь отъ раздражительности пузыря. И дѣйствительно, малѣйшій остатокъ камня не замедлитъ, въ этомъ случаѣ, вызвать сильное нездоровье, а можетъ быть и кровотеченіе изъ пузыря. Я согласенъ, что иногда трудно опредѣлить настоящую причину этого поздняго раздраженія, и въ этихъ темныхъ и рѣдкихъ случаяхъ, надо умѣть ждать. Истина всегда проглянетъ съ помощію хирургическаго такта.

Мы еще знаемъ прекрасное средство, избавлять оперированныхъ отъ послѣднихъ остатковъ камня и даже освобождать пузырь послѣ каждаго сеанса, если состояніе органовъ не позволяетъ намъ разсчитывать на возможность выхода естественными путями. Я говорю про инструментъ Кловера, которымъ онъ обогатилъ арсеналъ хирургіи мочевыхъ путей, и который извѣстенъ своимъ снарядомъ для хлороформированія. Это такой соблазнительный и красивый снарядъ, что нужно даже опасаться, чтобы не употребляли его безъ надобности. Есть однако обстоятельства, мѣшающія правильному выходу остатковъ камня. Для больнаго, не могущаго мочиться иначе, какъ съ помощію катетера, аппаратъ Кловера пригоденъ вполнѣ. Раздробивъ камень, вводятъ металлическій зондъ, снабженный на пузырномъ концѣ широкимъ отверстіемъ, и притягиваютъ остатки посредствомъ каучуковой груши, прикрѣпленной къ наружной оконечности зонда. Я долженъ однако прибавить, что всѣ эти маневры утомляютъ мочевой пузырь и больнаго, они требуютъ болѣе времени и причиняютъ боль значительнѣе, чѣмъ обыкновенный сеансъ литотритіи. *)

*) Аппаратъ Кловера есть настоящій аппаратъ съ двойнымъ токомъ, хотя его катетеръ снабженъ только однимъ каналомъ. Аппаратъ состоитъ изъ двухъ частей: 1) изъ довольно толстаго металлическаго зонда (7 миллим. въ діаметрѣ), имѣющаго на пузырномъ концѣ одно широкое отверстіе, котораго большой діаметръ имѣетъ отъ 15 до 20 миллиметровъ; 2) изъ каучуковой бутылки съ стеклянною шейкою, входъ въ которую обложенъ мельхіоромъ; въ отверстіе шейки можетъ входить наружный конецъ зонда. Дѣйствіе аппарата очень просто. Зондъ вводятъ въ пузырь, его наружный конецъ приспособляется къ шейкѣ каучуковой бутылки, такъ что бы онъ вхо-

Рис. 27.



Аппаратъ Кловера.

Однако пойдемъ далѣе. Остановка осколка въ мочевомъ каналѣ случается рѣдко и всегда непріятна; она будетъ еще рѣже, если вы соблюдете всѣ указанныя мною предосторожности. Мнѣ же никогда не приходилось разрѣзывать мочевой каналъ вслѣдствіе подобнаго осложненія. Случайно мнѣ приходилось прибѣгать къ длинному пинцету, для освобожденія осколка, но и это случалось рѣдко. Изъ всѣхъ сложныхъ изобрѣтеній, придуманныхъ съ цѣлью помочь при остановкѣ осколковъ, я не знаю ничего лучше обыкновеннаго длиннаго щипца, который вамъ предлагаю, хотя самъ я уже три года не имѣлъ случая его употреблять. Чѣмъ лучше вы раздробите камень, тѣмъ меньше понадобится вамъ пинцетъ. Въ этой стклянкѣ вы увидите то, что я называю хорошо раздробленный камень. Это ничто иное, какъ порошокъ. Нельзя того-же сказать про содержимое въ другой стклянкѣ; крупные осколки, которые вы замѣчаете, могли пройти изъ пузыря не иначе, какъ съ сильной болью. Старая поговорка что «узнаютъ плотника по стружкамъ«, можетъ примѣниться и къ литотритіи, такъ какъ объемъ осколковъ даетъ оцѣнку ловкости оператора.

Теперь одно слово о хлороформѣ. Должны ли вы при литотритіи прибѣгать къ анестезирующимъ средствамъ? Согласно съ нѣкоторыми хирургами—да. Я же возвожу въ принципъ, что никакой сеансъ литотритіи не долженъ быть на столько чувствителенъ, чтобы требовалось вмѣшательство хло-

---

дилъ въ шейку на нѣсколько сентиметровъ. Сама бутылка предварительно наполняется водою въ 38° стоград. Тогда хирургъ беретъ полною рукою каучуковую бутылку и вгоняетъ потихоньку воду въ пузырь. Какъ только прекратится нажатіе бутылки, тотчасъ настаетъ обратный токъ жидкости изъ пузыря въ бутылку, увлекающій съ собою мелкія части раздробленнаго камня. Такой маневръ повторяется нѣсколько разъ. Почти невозможно, чтобы обломки камня вошли обратно изъ бутылки въ пузырь, ибо уровень помѣщенія осколковъ камня въ бутылкѣ будетъ гораздо ниже наружнаго отверстія зонда.

роформа. Я употреблю его, если боль можетъ сравниться съ болью при вырываніи зуба!

Но мы имѣемъ еще лучшія причины не давать хлороформа. Безъ него мы можемъ лучше оцѣнить настоящую воспріимчивость больнаго. Въ извѣстное время мочевой пузырь бываетъ усиленно раздраженъ, и если больной очень страдаетъ, то мы всегда можемъ сократить сеансъ. Въ противномъ случаѣ мы продолжимъ маневръ и дробимъ камень въ три, четыре пріема, «сушимъ сѣно пока есть солнце». Среднимъ числомъ введеніе литотритора два раза сряду достаточно для каждаго сеанса. Нельзя этого увеличить безъ ущерба для больнаго, особенно если мочевой пузырь раздраженъ и чувствителенъ. Но вы никогда не оцѣните этого вполнѣ, если употребите хлороформъ. Существуетъ еще другой доводъ противъ хлороформа. Безъ него, говорятъ, больной всегда можетъ предупредить хирурга, если тотъ нечаянно коснется мочеваго пузыря вмѣсто камня. Но это не причина, потому что ни въ какомъ случаѣ пузырь не долженъ быть затронутъ, и съ хорошими инструментами подобная ошибка невозможна.

Я хотѣлъ заключить сегодняшнюю лекцію объясненіемъ вамъ разныхъ осложненій послѣ литотритіи, но уже очень поздно, я удовольствуюсь простымъ ихъ перечисленіемъ; впрочемъ изученіе каждой изъ этихъ патологическихъ случайностей будетъ разобрано въ свое время и въ своемъ мѣстѣ въ слѣдующихъ лекціяхъ. Главныя осложненія литотритіи суть: 1-я лихорадка, 2-е кровотеченіе, 3-е воспаленіе мочеваго пузыря, 4-е воспаленіе яичка, 5-е задержаніе мочи и 6-е истощеніе больнаго, могущее быть смертельнымъ.

Есть особый родъ лихорадки, которая, какъ вы знаете, часто является послѣ введенія инструментовъ въ мочевой каналъ. Періоды ея отчетливы и болѣе или менѣе сильны; ознобъ, сухой, жгучій жаръ, смѣняющійся потомъ. Не примѣняйте слишкомъ энергично леченія противъ этихъ припадковъ. Ограничьтесь утоленіемъ жажды больнаго и не торопитесь давать ему ѣсть, пока онъ самъ не будетъ расположенъ къ этому. Будьте увѣрены, что то явленіе, которое мы здѣсь считаемъ лихорадкой—ничто иное, какъ борьба натуры противъ изверженія какого то яда, и старайтесь только содержать больнаго въ хорошихъ гигіеническихъ условіяхъ. Больной всегда ослабѣ-

ваетъ послѣ лихорадки, и здѣсь положеніе его требуетъ хорошей питательной пищи.

Кровотеченія, слѣдующія за операціей, весьма рѣдки и останавливаются обыкновенными простыми средствами. Воспаленіе мочеваго пузыря иногда надоѣдливо, и его слѣдуетъ лечить обыкновеннымъ способомъ, изложеннымъ ниже. Воспаленіе яичка заставляетъ на нѣкоторое время замедлить операцію. Хроническое задержаніе мочи можетъ развиться незамѣтно, оно рѣдко бываетъ абсолютное, но чаще бываетъ частнымъ. Въ этомъ отношеніи будьте всегда осторожны; если позывы на мочу учащены, если моча все болѣе и болѣе густѣетъ, то употребите гибкій катетеръ со всевозможной осторожностью. Если вы убѣдитесь, что мочевой пузырь самъ не можетъ вполнѣ освобождаться, повторяйте вашъ катетеризмъ разъ, два или болѣе въ теченіе 24 часовъ, пока пузырь не усвоитъ свою нормальную дѣятельность.

Истощеніе можетъ, наконецъ, случиться, но какъ самое рѣдкое исключеніе. Послѣ нѣсколькихъ сеансовъ силы больнаго падаютъ, болѣе и болѣе, и настаетъ смерть.

Въ слѣдующей лекціи мы разсмотримъ литотомію. Я постараюсь изложить вамъ въ общихъ чертахъ разные способы сѣченія, употреблявшіеся въ былое время, и тѣ, которыми мы располагаемъ теперь.

ЛЕКЦІЯ X.

Литотомія.

Мм Гг. Изъ прежней моей лекціи о камняхъ пузыря выяснилось, что всѣ случаи этой болѣзни раньше юношескаго возраста подлежатъ литотоміи, за весьма немногими исключеніями; только камни очень малаго объема относятся къ области литотритіи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, у взрослыхъ, когда камень великъ, или существуютъ другія затрудненія, тогда только дѣлается операція камнесѣченія. Мы теперь и должны ею заняться, и это будетъ очень послѣдовательно послѣ изученія литотритіи.

Операція «камнесѣченія» всегда хирурговъ сильно интересовала; дѣйствительно, нѣтъ другой операціи, болѣе обаятельной для ветерана-хирурга, и болѣе увлекательной для самолюбія молодаго хирурга. Я не знаю болѣе гордаго и счастливаго положенія, какъ то, когда прежній ученикъ, увидѣвшись со своимъ наставникомъ, говоритъ ему: «недавно я сдѣлалъ мою первую литотомію, и съ успѣхомъ». Съ другой стороны истинный хирургъ, который любитъ свое дѣло, всегда чувствуетъ себя какъ дома, когда заходитъ рѣчь объ исторіи и техникѣ литотоміи; мнѣ кажется, что нѣкоторое знакомство съ исторіей операціи, составляетъ одинъ изъ лучшихъ путей для того, чтобы приступить къ изученію ея современной техники. Поэтому я сдѣлаю историческій очеркъ различныхъ періодовъ, чрезъ которые прошла литотомія, прежде чѣмъ она получила настоящій свой видъ; но этотъ очеркъ будетъ очень короткій, такъ какъ относящаяся сюда литература крайне обширна, и если бы собрать ее всю, то она составила бы сама по себѣ цѣлую библіотеку.

Первыя извѣстія о камнесѣченіи относятся къ вѣку Августа. Я и буду сначала говорить о камнесѣченіи въ классическій періодъ; сколько намъ извѣстно, операція въ этомъ видѣ, безъ измѣненій передавалась чрезъ всѣ средніе вѣка. Во вторыхъ я скажу объ улучшенныхъ методахъ, которые возникли съ возрожденіемъ наукъ; и наконецъ объ операціяхъ, принятыхъ въ теченіи прошлаго и настоящаго столѣтій, которыя освободились отъ вліянія прежнихъ авторитетовъ, какъ единственныхъ и достаточныхъ руководителей въ вопросахъ, подлежащихъ изслѣдованію путемъ опыта и наблюденія. Мнѣ кажется даже, что былъ еще болѣе ранній періодъ, до Цельса— автора перваго сообщенія о литотоміи (и который, мимоходомъ говоря, былъ терапевтъ, и никогда не оперировалъ); еслибы нашелся какой нибудь Лайелль хирургіи, то онъ навѣрно открылъ бы слѣды доисторическаго періода, потому что тамъ, гдѣ есть человѣческіе остатки, должны быть и камни. Я не знаю, какъ долго могутъ существовать камни изъ мочекислыхъ солей (ураты), но мы знаемъ, что камни свойственные рыбамъ сохраняются тысячи лѣтъ, и я увѣренъ, что могли бы найтись и нѣкоторые мочевые камни человѣка; по крайней мѣрѣ камни изъ щавелево-кислой извести должны быть между другими человѣческими остатками. Такъ какъ теперь многіе изслѣдователи заняты отыскиваніемъ раннихъ остатковъ человѣческой расы, то я позволяю себѣ высказать этотъ намекъ; еслибы я дѣлалъ подобныя изслѣдованія, то не забылъ бы между другими предметами поискать и мочевыхъ камней. Сомнительно, чтобы нашлись также инструменты, о которыхъ можно было бы предположить, что они служили для удаленія камней. Однакожъ, не тратя времени на чисто спекулятивныя разсужденія, ограничимся достовѣрными фактами, которые относятся ко времени 2500 лѣтъ тому назадъ.

Съ тѣхъ поръ, какъ писалъ Цельсъ, прошло больше 1600 лѣтъ, и въ его время операція была очевидно уже вполнѣ установившеюся. Гиппократъ говоритъ о ней; однакожъ его ученики давали ему клятву въ томъ, что никогда не будутъ дѣлать литотоміи. Тогда она составляла сама по себѣ профессію, и не особенно уважаемую общественнымъ мнѣніемъ, нѣкоторыхъ странствующихъ хирурговъ. Ихъ методъ былъ описанъ Цельсомъ въ его седьмой книгѣ. Какъ методъ, такъ и инстру-

менты были очень просты, почему впослѣдствіи операціи было дано названіе «apparatus minor» для отличія отъ «apparatus major», который вошелъ въ употребленіе во второмъ періодѣ этой операціи. Операторъ помѣщалъ больнаго, обыкновенно мальчика, на колѣняхъ человѣка, сидящаго. Если больной былъ взрослый (но камнесѣченіе дѣлалось рѣдко у взрослыхъ), то два человѣка садились рядомъ (ихъ ноги служили операціоннымъ столомъ), и своими руками обхватывали больнаго, чтобы воспрепятствовать его порывамъ. Операторъ не употреблялъ никакаго проводника черезъ мочевой каналъ; онъ вводилъ два или три пальца въ прямую кишку; и старался нащупать камень, что конечно было возможно только при большомъ камнѣ. Если это удавалось, то онъ удерживалъ камень, нажимая на него концами пальцевъ, и потомъ отжималъ къ низу, къ промежности; тутъ дѣлался полулунный разрѣзъ, широкимъ скальпелемъ, пока не доходили до камня. Если операторъ не могъ вынуть камня своими пальцами, то онъ употреблялъ для этого крючекъ. Этотъ грубый методъ былъ распространенъ до шестнадцатаго столѣтія; даже въ семнадцатомъ столѣтіи онъ еще широко практиковался въ Европѣ. Въ половинѣ семнадцатаго столѣтія является въ исторіи этой операціи Frère Jacques. Во второмъ періодѣ, или въ періодѣ возрожденія появились, по меньшей мѣрѣ, три новые способа операціи. Въ порядкѣ вещей того времени было, что братъ одного изъ монашескихъ орденовъ, которые поддерживали до того времени почти всѣ искусства, является теперь, какъ одинъ изъ самыхъ знаменитыхъ операторовъ. Прежде всего мы обратимся къ способу Маріана, или «apparatus major», — это было срединная операція «operatio mediana», созданная Іоанномъ де Романисъ, но получившая свое имя отъ его ученика, Маріана Святаго. Она была названа «apparatus major», потому что для прежней операціи нужны были ножъ и крючекъ, а инструменты для операціи Маріана были такъ многочисленны, что они едва-ли умѣстились бы на этомъ столѣ. Вы можете видѣть ихъ въ Хирургической Коллегіи (College of Surgeons). При этомъ способѣ дѣлался продольный разрѣзъ рядомъ съ raphé, и мочеиспускательный каналъ вскрывался по проводнику, itinerarium, въ перепончатой части. Затѣмъ въ рану вводился дилататоръ изъ двухъ частей (которыя назывались

мужскою и женскою), и этимъ дилататоромъ съ большою силою разрывался каналъ и шейка пузыря. Все сходство этой операціи съ теперешнею срединною операціею ограничивается тѣмъ, что мѣсто разрѣза было почти то-же самое. Но трудно представить себѣ что нибудь болѣе варварское, чѣмъ эта операція. Камни тогда были больше тѣхъ, какіе приходится извлекать хирургамъ въ наше время, а разрѣзъ дѣлался малый; для расширенія раны и извлеченія камня употреблялись различные приборы, очень остроумные въ механическомъ смыслѣ и послужившіе началомъ для многихъ современныхъ хирургическихъ инструментовъ. Это были очень мало успѣшныя операціи, и потому постепенно вышли изъ употребленія. Однакожъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, и для извѣстныхъ случаевъ они удерживались еще до начала восемнадцатаго столѣтія.

Далѣе я долженъ упомянуть о высокой, — apparatus altus или надлонной операціи (lithotomia suprapubica), которая появилась около конца шестнадцатаго столѣтія, и удержала за собой болѣе или менѣе важное значеніе до настоящаго времени. Больше я ничего не скажу пока объ этой операціи, такъ какъ мы должны заняться главнымъ образомъ камнесѣченіемъ со стороны промежности.

Затѣмъ слѣдуетъ еще способъ, который уже напоминаетъ, хотя грубо, теперешнюю боковую операцію, lithotomia lateralis. При этомъ способѣ вводился проводникъ, который не имѣлъ желоба, какъ теперь, и указывалъ до нѣкоторой степени путь къ пузырю. Операторъ входилъ длиннымъ ножемъ въ fossa ischio-rectalis, и далѣе въ пузырь, позади предстательной желѣзы; продолжая разрѣзъ впередъ, онъ дѣлалъ всю рану въ одинъ пріемъ. Изобрѣтенная, какъ думали, Pierre Franco (шестнадцатое столѣтіе), эта операція нашла себѣ апостола въ прославленномъ братѣ Жакѣ, который былъ извѣстенъ въ семнадцатомъ столѣтіи, и сдѣлалъ, будто-бы, 5000 литотомій. Вѣроятно, онъ не сдѣлалъ ихъ и 500, но нуль больше или меньше, это была бездѣлица для легковѣрныхъ умовъ того времени. Подобно другимъ своимъ собратамъ, онъ былъ странствующій операторъ, необремененный большимъ багажемъ анатомическимъ. Главною сценою его дѣятельности была Франція. Послѣ него Rau, въ Голландіи, продолжалъ дѣлать камнесѣченіе по тому же способу.

Вамъ интересно будетъ знать, что дѣлалось въ то-же время въ Англіи. Большинство больныхъ, до конца семнадцатаго столѣтія, которымъ дѣлалось камнесѣченіе, подпадали или старой операціи «захватыванія», или Маріановской. Только въ началѣ восемнадцатаго столѣтія была исполнена впервые высокая операція. Около этого времени прибылъ въ Лондонъ одинъ молодой человѣкъ изъ Лейчестера, впослѣдствіи извѣстный Чезельденъ, и знаменитый хирургъ госпиталя св. Фомы; онъ первый сдѣлалъ высокую операцію. Слыша объ успѣхахъ способа брата Жака, онъ испыталъ его, видоизмѣнилъ, какъ этого потребовалъ его собственный опытъ, и наконецъ сталъ дѣлать операцію почти такую, какъ та, которую мы называемъ теперь боковою, и съ большимъ успѣхомъ. Этотъ успѣхъ былъ такъ великъ, что въ 1729 г., — когда операція практиковалась уже нѣсколько лѣтъ, и была сдѣлана почти 100 больнымъ, — Morand, французскій хирургъ, былъ присланъ изъ Парижа, чтобы изучить операцію, и затѣмъ сообщить о ней въ его отечествѣ. Morand пробылъ въ Лондонѣ нѣкоторое время, въ теченіи котораго Чезельденъ собралъ нѣсколько случаевъ для операцій, и сдѣлалъ ихъ въ присутствіи Морана. По возвращеніи въ отечество, Моранъ далъ Французской Академіи такой благопріятный отзывъ, что операція Чезельдена была всѣми признана за наилучшую. При ней глубокій разрѣзъ ограничивался по возможности предѣлами предстательной желѣзы, именно только лѣвой ея доли, и дѣлался скальпелемъ умѣренной величины, который велся вдоль желоба проводника. Нѣсколько лѣтъ спустя Чезельденъ оставилъ свою дѣятельность, сдѣлавъ камнесѣченіе 213 больнымъ, всѣхъ возрастовъ, съ 10-ю смертными случаями. Это первыя серьозныя данныя для обсужденія операціи камнесѣченія, такъ какъ я уже сказалъ вамъ, что данныя среднихъ вѣковъ невѣроятны; такъ говорили, что знаменитый монахъ не только сдѣлалъ 5000 литотомій, но при этомъ и едва-ли потерялъ «хоть одинъ случай». Чезельденъ, который улучшилъ способъ, и дѣлалъ камнесѣченіе во всѣхъ возрастахъ, включая и очень большое число дѣтей (у которыхъ эта операція, какъ вы знаете, даетъ въ высшей степени хорошіе результаты), имѣлъ 5% смертности; это блистательный результатъ, безъ сомнѣнія наилучшій, какой

только былъ когда либо достигнутъ *). Въ этомъ видѣ операція оставалась до конца XVIII столѣтія, когда вошелъ въ моду *горжеретъ*. Прежде ни одна операція не дѣлалась безъ него; теперь, я думаю, немногіе изъ васъ знаютъ, что это такое. Первоначально, это былъ одинъ изъ проводниковъ, употреблявшихся въ apparatus major, впослѣдствіи его края стали дѣлать острыми, съ цѣлью воспользоваться ими для глубокаго разрѣза предстательной желѣзы. Это была мысль сэра Цезаря Гаукинса, имя котораго было связано съ этимъ инструментомъ; но потомъ почти каждый хирургъ имѣлъ свой собственный горжеретъ, то шире, то уже, съ тѣмъ или другимъ видоизмѣненіемъ. Всему этому придавалось большое значеніе; инструментъ этотъ есть просто широкій ножъ, съ тупой верхушкой, которая должна слѣдовать по желобу проводника. Если употребляется обыкновенный ножъ, то когда требуется глубокій разрѣзъ, клинокъ долженъ удалиться нѣсколько отъ проводника. Цѣль горжерета—дать возможность достаточно глубокаго разрѣза, не оставляя проводника. Вы видите здѣсь горжеретъ, который принадлежалъ знаменитому Скарпѣ, и также другіе горжереты, употреблявшіеся нѣкоторыми извѣстными операторами; теперь эти инструменты достались мнѣ, какъ представители различныхъ типовъ горжеретовъ.

Въ 1816 году Дюпюитренъ въ Парижѣ, недовольный боковой операціей, ввелъ свою двухстороннюю операцію, lithotomia bilateralis. Онъ поставилъ себѣ задачей, дѣлать разрѣзъ съ каждой стороны предстательной желѣзы, вмѣсто того, чтобы дѣлать одинъ большой разрѣзъ съ одной только стороны. Съ этою же цѣлью, дабы точно ограничить протяженіе раны, онъ

*) Статистическія данныя объ операціи камнесѣченія не имѣютъ ни малѣйшей цѣны, если не показанъ возрастъ каждаго больнаго. Нельзя сдѣлать никакихъ заключеній по отношенію къ смертности, пока неизвѣстно, были-ли больные: дѣти, молодые люди, зрѣлые или пожилые. Такъ въ круглой цыфрѣ, у дѣтей будетъ не больше чѣмъ 1 смертный случай на 20 операцій, быть можетъ даже еще меньше; тогда какъ число смертныхъ случаевъ будетъ равняться числу выздоровленій послѣ литотоміи, сдѣланной для большихъ камней, которые не могли быть раздроблены, у людей 70 лѣтъ и старше. Литотомія въ среднемъ возрастѣ для камней умѣренной величины очень успѣшная операція; но литотритія еще болѣе успѣшна, и замѣнила собою литотомію у новыхъ хирурговъ. И такъ, чтобы вывести сколько нибудь серьезное заключеніе изъ дѣятельности хирурга въ этомъ направленіи, долженъ быть извѣстенъ возрастъ больныхъ, и отношеніе операцій камнесѣченія и камнераздробленія, которыя были имъ сдѣланы.

придумалъ особый инструментъ, «двойной литотомъ» lithotome double,—собственно говоря, инструменты этого рода были уже въ старомъ хирургическомъ арсеналѣ, и имъ только было придано больше изящества и удобства новымъ искусствомъ. Вмѣсто того, чтобы дѣлать внутренній разрѣзъ, подвигая *внутрь* рѣжущее лезвее, какъ это дѣлается съ ножемъ или горжеретомъ, вы вводите этотъ скрытный литотомъ закрытымъ въ пузырь, вдоль проводника, затѣмъ открываете его, и двигая къ себѣ, рѣжете мягкія части *изнутри кнаружи*. Вы можете расположить обѣ пластинки такимъ образомъ, чтобы получить разрѣзъ той ширины, какая вамъ желательна.

Въ 1825 г. или 1830 г. въ Англіи обратила на себя вниманіе «срединная операція», о которой часто говорили неправильно, будто бы она представляетъ собою возобновленіе Маріановской операціи. Главнымъ образомъ съ ней связано имя Аллертона. Въ то-же время Сивіаль въ Парижѣ, соединилъ срединную и двухъ-стороннюю операцію. Вы часто видѣли, какъ я дѣлалъ обѣ эти операціи. Наконецъ, недавно Нелятонъ сталъ дѣлать преректальную операцію литотоміи, которая въ сущности представляетъ собою только отчетливо выполненную двухъстороннюю литотомію.

Я перехожу теперь къ литотоміи, извѣстной подъ именемъ *боковой*, lateralis и *срединно-двухсторонней* medio—bilateralis, литотоміи и дамъ вамъ нѣсколько общихъ правилъ, касающихся одинаково обоихъ способовъ.

Какъ уже я вамъ говорилъ раньше, если мы имѣемъ дѣло сложное, то попробуемъ обратиться къ принципу задачи, и сперва ясно опредѣлить, въ чемъ должна состоять эта задача. Вы знаете, что главное условіе задачи литотритіи — устранить камень, не причинивъ больному раны или боли, ни камнемъ, ни инструментомъ. При литотоміи вы должны имѣть рану, и надо стараться произвесть камнесѣченіе такимъ образомъ, чтобы нимало не подвергать опасности ни кровеносные сосуды, ни шейку пузыря, ни другіе сосѣдніе органы; затѣмъ удалить камень чрезъ нижній выходъ таза, не причинивъ по возможности поврежденія ни одной изъ сосѣднихъ частей этой области. Если эта задача хорошо разрѣшена, то мы имѣемъ лучшій образецъ литотоміи. Однакожъ еще и въ настоящее время спорятъ о томъ, отысканъ-ли наконецъ

лучшій способъ для такой операціи, хотя отъ начала ея прошло уже 2,500 лѣтъ, не говоря о доисторическомъ періодѣ. Какъ-бы то ни было, хирургъ, въ каждой изъ своихъ операцій, долженъ стараться разрѣшить проблему на основаніи современныхъ научныхъ данныхъ.

Имѣя намѣреніе помочь вамъ въ разрѣшеніи вашей задачи, я ставлю передъ вами рисунокъ, отчетливо снятый съ препарата и показывающій кости и связки таза, въ положеніи для литотоміи. Нижній выходъ таза лежитъ противъ насъ, въ больномъ онъ наполненъ мягкими частями и вамъ придется сдѣлать здѣсь разрѣзъ, чрезъ который вы выведете камень; замѣтьте, что во всѣхъ вашихъ дѣйствіяхъ, вы должны ограничиваться предѣломъ костей и связокъ. Я люблю вспоминать объ этомъ рисункѣ, когда больной уже положенъ и я приступаю къ операціи. Здѣсь есть также чертежи, показывающіе два способа сѣченія промежности. Но я смѣю думать, что вы хорошо знакомы съ анатоміей, и не потребуете подробнаго описанія органовъ, среди которыхъ приходится оперировать. Я только назову тѣ, которые для насъ болѣе важны: во первыхъ артерія pudenda interna, надежно прикрытая вѣтвями лобковой кости; но эта артерія даетъ вѣтвь, идущую къ луковицѣ; ее необходимо миновать, такъ какъ она лежитъ въ верхней части оперируемой области. Затѣмъ въ той-же части, на срединной линіи лежитъ луковица мочеваго канала, bulbus urethrae, которую также не слѣдуетъ ранить, такъ какъ это было бы источникомъ большихъ опасностей; луковицу нужно считать какъ сосудистое расширеніе arteriae bulbosae; перерѣзать ее также опасно, какъ перерѣзать и самую артерію, если еще не хуже. Ниже луковицы, по той же срединной линіи, лежитъ прямая кишка, которую также важно сохранить. Слѣдующій чертежъ показываетъ положеніе предстательной желѣзы, чрезъ которую приходится дѣлать глубокій разрѣзъ.

Теперь я коротко коснусь главныхъ моментовъ операціи. За нѣсколько часовъ до нея прямая кишка должна быть очищена посредствомъ клистира. Не безпокойтесь о количествѣ мочи въ пузырѣ. Нѣкоторые думаютъ, что необходимо, чтобы онъ былъ полонъ. Чезельденъ, напротивъ, предпочиталъ его пустымъ, говоря, что только при этомъ условіи камень можетъ быть легко найденъ у шейки пузыря. Я видѣлъ, какъ старались наполнить

пузырь впрыскиваніемъ до операціи, но незаботливый паціентъ обыкновенно выпускалъ все, вопреки перевязкѣ penis и тому подобнымъ предосторожностямъ.

Сперва что дѣлаетъ операторъ, онъ проводитъ желобоватый металлическій катетеръ, itinerarium, въ пузырь и отыскиваетъ камень. Никогда не дѣлайте человѣку разрѣза, доколѣ не убѣдитесь, что катетеръ касается камня, отъ пренебреженія этого правила дѣлались часто огромныя ошибки. Предположите, напримѣръ, что инструментъ въ ложномъ пути, а совсѣмъ не въ пузырѣ. Содрагаешься при мысли объ операціи при подобномъ положеніи инструмента: страшное зрѣлище, причиняющее ужасныя послѣдствія и которое не должно забываться ни операторомъ, ни ассистентомъ, такъ какъ оно можетъ быть смертельно для паціента. Звукъ, развивающійся отъ прикосновенія къ камню «click» долженъ быть слышимъ вами самими и однимъ изъ вашихъ ассистентовъ; отдайте инструментъ въ руки одного изъ вашихъ лучшихъ товарищей, который въ точности будетъ исполнять всѣ ваши наставленія, но не рискуйте дать его никому другому. Затѣмъ свяжите крѣпко больнаго кожанными щиблетами и браслетами Причарда, изъ Бристоля; повязка эта вполнѣ согласуется съ пословицей: «крѣпче свяжешь, легче развяжешь» «fast bind, safe find».

Какія же наставленія дадите вы вашему помощнику, держащему катетеръ? Велите ему держать катетеръ крѣпко и главнымъ образомъ не оставлять пузыря. Я не думаю, чтобы имѣло большое значеніе уклоненіе проводника вправо, влѣво, или по направленію къ промежности. Важно только то, чтобы онъ постоянно былъ крѣпко удерживаемъ на одномъ и томъ же мѣстѣ, ему должна быть крѣпкая или неподвижная точка опоры, а во всемъ оперируемомъ пространствѣ есть только одинъ такой пунктъ. Положитесь на вашего товарища и скажите, чтобы онъ крѣпко держалъ катетеръ близъ дуги лобковой кости, сзади симфиза. Затѣмъ вы пальцами изслѣдуете оперируемую область и отыскиваете направленіе вѣтвей лонной кости, а такъ же состояніе прямой кишки, полна она или пуста.

Относительно перваго надрѣза, мнѣнія часто расходятся; гдѣ его начинать? Не останавливаясь долго на этомъ вопросѣ, я скажу вамъ, что въ зрѣломъ возрастѣ человѣка, вооб-

ще принято дѣлать первый надрѣзъ на одинъ дюймъ съ четвертію впереди задняго прохода, и немного лѣвѣе raphé. Углубляйте сильнѣе вашъ бистури вверху раны, держа его кончикъ слегка кверху, до катетера и продолжайте вашъ наружный разрѣзъ, постепенно внизъ на протяженіи приблизительно до 3 дюймовъ, по направленію къ внутренней сторонѣ сѣдалищнаго бугра.

Очень важно знать, дотронулся-ли конецъ вашего бистури до катетера проводника во время этого перваго надрѣза; тогда вы избавляетесь отъ всякой боязни и неувѣренности въ отысканіи проводника, и иначе дѣйствовать вы никогда не должны. Пусть вашъ надрѣзъ не будетъ никогда робкимъ и поверхностнымъ, едва разсѣкающимъ кожу. Введите затѣмъ конецъ вашего лѣваго указательнаго пальца въ рану, и вы сквозь ткани имъ легко ощупаете катетеръ. Тогда положите ноготь на желобокъ катетера и пользуйтесь имъ, этимъ желобкомъ, какъ проводникомъ для проведенія кончика бистури въ соприкосновеніе съ мѣстомъ загиба катетера. Держите постоянно кончикъ кверху, и вы будете въ безопасности; если, на оборотъ, вы его опустите, то потеряете желобокъ, и тогда вашъ бистури заблудится въ заднепроходной кишкѣ или въ какомъ либо другомъ мѣстѣ. Затѣмъ вамъ остается, только ввести рѣжущій инструментъ въ пузырь, заставляя лезвее ножа постепенно принимать горизонтальное положеніе, стараясь, конечно не оставлять проводника.

Глубина разрѣза будетъ зависѣть отъ угла, который сдѣлаетъ бистури съ катетеромъ. Если вы вынете первый изъ этихъ инструментовъ, лежащій параллельно длинѣ втораго, само собою разумѣется, что сдѣланная рана будетъ равна величинѣ ножа; но если вы лезвее бистури направите наружу и внизъ, въ мягкія части, то при выходѣ вы сдѣлаете чистый и свободный разрѣзъ. Если камень довольно объемистъ, то при разрѣзѣ лучше дѣйствовать смѣлѣе, чѣмъ боязливо; конечно при этомъ необходимо держаться благоразумныхъ границъ.

Одинъ Богъ знаетъ то количество добрыхъ совѣтовъ, которые были даваемы по поводу вопроса о ширинѣ разрѣза. Но не ошибайтесь въ этомъ, сила слова имѣетъ свои границы, и всѣмъ извѣстно, что слова точно также не въ состояніи

разукрасить нашихъ дѣйствій, какъ и точно отразить наши мысли. Что же касается до меня, то мое мнѣніе есть таково, что при разрѣзѣ лучше дѣйствовать осторожнѣе, нежели черезъ чуръ смѣло, и что такимъ образомъ при вынутіи камня щипцами, шейка пузыря пусть будетъ скорѣе нѣсколько растянута, нежели черезъ-чуръ надрѣзана.

Это относится, конечно, къ зрѣлому возрасту; у ребенка едва-ли можно найти предстательную желѣзу; во всякомъ случаѣ, она вѣситъ всего нѣсколько грановъ и не заслуживаетъ здѣсь никакого вниманія; ножъ проходитъ далеко за ея предѣлы, но не смотря на это, маленькіе больные выздоравливаютъ лучше взрослыхъ. Вы угадываете уже тотъ новый элементъ, который вводится въ задачу разницею дѣтскаго и зрѣлаго возраста.

Возвратимся къ оперативнымъ дѣйствіямъ. Окончивъ разрѣзъ, вы вводите вдоль катетера вашъ лѣвый указательный палецъ, вплоть до пузыря и чаще всего дотрогиваетесь до камня. Вашъ палецъ входитъ смѣло и глубоко, задерживаетъ до извѣстной степени теченіе мочи, а главное расширяетъ по немногу проходъ; затѣмъ, взявъ другой рукой щипцы, вы проводите ихъ по ладонной поверхности того же лѣваго указательнаго пальца въ мочевой пузырь и такимъ образомъ производите второе расширеніе раны. Затѣмъ вамъ остается осторожно раскрыть инструментъ, одну ложечку провести по нижней стѣнкѣ пузыря, другую сверху, закрыть инструментъ и камень схваченъ. Если вы убѣждены, что держите его хорошо, тяните постепенно впередъ и нѣсколько внизъ, между тѣмъ какъ лѣвый указательный палецъ постоянно остается въ ранѣ, облегчаетъ прохожденіе щипцовъ и производитъ такимъ образомъ третье и послѣднее расширеніе раны. Старайтесь не давать вашимъ влеченіямъ горизонтальное направленіе, чтобы не ушибить тканей прижатіемъ къ лобковой кости; лучше тяните внизъ по направленію самой широкой части нижняго выхода таза. Старайтесь дѣйствовать впродолженіи всей операціи предусмотрительно и осторожно. Въ эту минуту вы должны только видѣть себя самаго и больнаго, и не поддаваясь вліянію ассистентовъ и зрителей, спрашивать только совѣтъ у вашей собственной отвѣтственности.

Въ заключеніе, я прибавлю коротко, что вы должны твердо

убѣдиться, нѣтъ-ли втораго камня въ пузырѣ? Затѣмъ вы перевязываете, если нужно сосуды, можете также сдѣлать въ пузырь два или три впрыскиванія холодной воды. Затѣмъ, если кровотеченіе упорствуетъ, вы вводите чрезъ рану въ пузырь трубочку, снабженную чехломъ изъ тонкаго полотна *), въ который вы кладете также нѣсколько шариковъ корпіи, чтобы такимъ образомъ прижать кровотачащую поверхность. Незначительное просачиваніе крови, по моему мнѣнію, не можетъ служить причиною для того, чтобы оставлять въ ранѣ постороннее тѣло; но если кровотеченіе значительно и упорно, я употребляю упомянутую трубочку и корпію. Спустя сорокъ восемь часовъ можно обыкновенно удалить этотъ кровоостанавливающій аппаратъ, удаляя сначала по одному шарику корпію, а затѣмъ и самую трубку.

Послѣ операціи больнаго переносятъ въ постель и кладутъ на спину, подложивъ подъ икры одну или двѣ подушки. Промежность должна быть немного приподнята и открыта, чтобы легко можно было слѣдить за выходомъ мочи. Затѣмъ, чѣмъ меньше вы будете безпокоить больнаго, тѣмъ будетъ лучше. Острыя боли, которыя больной обыкновенно чувствуетъ впродолженіи первыхъ часовъ, должны быть успокоены пріемами морфія или опіума. Я имѣю обыкновеніе, если больной въ зрѣломъ возрастѣ, поставить ему въ задній проходъ suppositorium, съ граномъ морфія, прежде нежели его снимутъ со стола операціи.

Я имѣю время сказать вамъ еще нѣсколько словъ о срединной, lithothomia mediana и срединнодвухсторонней, medio-bilateralis, операціяхъ. При первой изъ нихъ, разрѣзъ дѣлается вдоль raphé, начиная на два или два съ половиной дюйма (отъ 6 до 7 сент.) предъ заднимъ проходомъ, и приближаясь такъ близко къ rectum, на сколько это возможно. Операторъ вводитъ палецъ въ кишку, раздѣляетъ ткани послойно до катетера и вскрываетъ мочевой каналъ по направленію къ перепончатой части. Чрезъ рану онъ вводитъ горжеретъ въ пузырь, затѣмъ по горжерету вводитъ свой указательный палецъ, который расширитъ рану и въ свою очередь будетъ служить проводникомъ щипцамъ. Я долженъ прибавить, что большая часть

*) Трубочка Дюпюитрена.

хирурговъ оперируютъ за одинъ разъ; они вонзаютъ предъ заднимъ проходомъ бистури прямо до катетера, раздѣляя сразу всѣ ткани снизу до верху. Признаюсь, что я предпочитаю первый способъ. Очевидно, что срединная операція непримѣнима для объемистыхъ камней, а между тѣмъ, благодаря литотритіи, въ настоящее время камнесѣченіе сохранилось только для большихъ камней. Къ счастію, срединно-двухсторонняя литотомія расширила поле примѣненія срединной операціи.

Вотъ какъ совершается этотъ новый способъ удаленія камня. Оперируютъ, какъ и при срединной операціи, до вскрытія уретры включительно; затѣмъ, вмѣсто горжерета, вы вводите въ пузырь двойной литотомъ *) и открываете его; потянувъ затѣмъ къ себѣ раскрытый литотомъ, вы дѣлаете два надрѣза средней величины: одинъ на право, другой на лѣво.

Я дѣлалъ эти обѣ операціи разъ тридцать, и въ сущности не нахожу еще причины дать имъ преимущества передъ нашей боковой литотоміей. Чтобы точно рѣшить это, нужно по крайней мѣрѣ сто операцій, сдѣланныхъ каждымъ способомъ одною рукою. Тѣмъ не менѣе, до окончанія нашей лекціи, я скажу вамъ нѣсколько словъ о томъ принципѣ, который составляетъ различіе между этими литотоміями. Онъ есть результатъ противоположныхъ мнѣній относительно опасности ножа. Есть хирурги, которые будучи напуганы данными анатоміи, боязливо рѣжутъ то, что рѣзать необходимо; другіе менѣе робкіе,—замѣтьте, я не говорю менѣе осторожные, считаютъ принципъ широкихъ и открытыхъ разрѣзовъ выше разрѣзовъ маленькихъ и боязливыхъ. Будьте увѣрены, что всякій хирургъ болѣе или менѣе подчиняется той или другой тенденціи. Анатомическая школа, провозглашая главнымъ образомъ срединную литотомію, конечно имѣла въ виду выиграть пространство и вмѣстѣ съ тѣмъ избѣжать насколько возможно поврежденія кровеносныхъ сосудовъ и другихъ важныхъ органовъ. Срединная операція показана только для маленькихъ или для средней величины камней; но, повторяю еще разъ, подобные камни въ настоящее время подлежатъ дробленію. Мы не должны здѣсь дѣлать кровавой операціи. Изъ всѣхъ способовъ выниманія камня чрезъ промежность, если мы исключимъ сѣченіе

*) Двойной литотомъ Дюпюитрена.

recto-vesicalis, только боковая литотомія, открываетъ самый широкій путь камню. Всѣ другіе способы суть на самомъ дѣлѣ срединныя операціи.

Въ началѣ моей карьеры, обсуждая всѣ вещи теоретически, и не прибѣгая такъ часто, какъ теперь, къ литотритіи, я охотно склонялся на сторону срединной операціи, думая, что она менѣе другихъ вызывала геморрагію. Я долженъ признаться, что практика не подтвердила моихъ теоретическихъ взглядовъ: я пришелъ къ тому заключенію, что въ срединной операціи теряется столько же крови, какъ и при боковомъ сѣченіи. Я объясняю это луковицею, bulbus urethrae, на которую я смотрю, какъ на толстую артерію. Вводя бистури въ эту губчатую ткань, — что можетъ случиться не во всѣхъ, а только въ нѣкоторыхъ случаяхъ, вы имѣете такое же кровотеченіе, какъ если бы вы разрѣзали луковичную артерію и тогда гораздо труднѣе остановить кровотеченіе. Въ срединныхъ операціяхъ луковица болѣе или менѣе бываетъ всегда затронута. *Задача литотоміи—проникнуть въ пузырь, не причинивъ вреда ни луковицѣ, ни ея артеріи, ни прямой кишкѣ;* и я думаю, что боковое камнесѣченіе, хорошо исполненное, разрѣшаетъ ее лучше, чѣмъ всякій другой способъ, когда вы имѣете дѣло съ объемистымъ камнемъ, требующимъ широкаго отверстія.

Я не могу вамъ сказать, который изъ этихъ двухъ способовъ легче. Если въ этомъ отношеніи существуетъ различіе, то я думаю оно будетъ склоняться болѣе въ пользу боковаго сѣченія. Важный фактъ, вполнѣ установленный есть тотъ, что въ зрѣломъ возрастѣ камни большихъ объемовъ подлежатъ преимущественно литотоміи, тогда какъ маленькіе и средней величины камни удаляются съ большей безопасностью литотритіей. И этотъ фактъ въ настоящее время подвергаетъ различные способы камнесѣченія серьозному изслѣдованію хирурговъ.

ЛЕКЦІЯ XI.

Объ осложненіяхъ со стороны почекъ при камнѣ пузыря, и основанныхъ на нихъ оперативныхъ показаніяхъ. *)

Мм. Гг. Въ теченіе послѣднихъ десяти недѣль 1872 г. въ моихъ госпитальныхъ залахъ представилось восемь случаевъ камня въ пузырѣ. Изъ этихъ восьми больныхъ семеро были въ возмужаломъ возрастѣ и большею частію въ зрѣлыхъ лѣтахъ; всѣ они подверглись камнедробленію и вышли отсюда здоровыми; восьмой больной былъ десятилѣтній мальчикъ, которому я произвелъ камнесѣченіе, и онъ также выздоровѣлъ. Къ концу января мѣсяца, начавъ снова свои госпитальныя обязанности, я нашелъ больнаго, только что принятаго, наблюденія надъ которымъ представляютъ чрезвычайно интересныя особенности. Его-то я и избираю предметомъ нашей сегодняшней лекціи.

Больному 60 лѣтъ; первые признаки камня появились года три тому назадъ. Прошлое лѣто онъ перенесъ въ госпиталѣ литотритію, вслѣдствіе довольно объемистаго камня. Больной вышелъ отсюда въ улучшенномъ состояніи, но у него отъ времени до времени не переставали показываться мелкіе фосфорнокислые осадки, которые заставляли прибѣгать иногда къ опорожненію пузыря посредствомъ катетера. Его пузырь представлялъ условія, дающія часто начало быстрому образованію фосфорнокислыхъ осадковъ.

Настоящее состояніе его здоровья, 24-го января. Онъ мочится каждые полчаса днемъ и ночью, съ большими усиліями и болью; при каждомъ изверженіи мочи онъ принужденъ вста-

---

*) Эта лекція была прочитана послѣ смерти императора Наполеона, и не помѣщена въ послѣднемъ англійскомъ изданіи клиническихъ лекцій, а напечатана въ англійскихъ медицинскихъ журналахъ и во французскомъ переводѣ.

вать съ постели. Моча блѣдна, мутна и щелочна; удѣльный вѣсъ ея 1,009. При микроскопическомъ изслѣдованіи легко открывается зернистая масса. Относительно общаго состоянія, значительный упадокъ силъ.

Вспомните, что я вошелъ въ клиническія подробности относительно этого больнаго въ то время, какъ мы изслѣдовали его въ постелѣ, и я далъ вамъ замѣтить, что у него хроническое страданіе почекъ. Я разобралъ предъ вами тотъ способъ леченія, который бы это осложненіе заставило насъ предпринять, если бы у больнаго былъ камень въ пузырѣ; я сказалъ вамъ также, что я имѣлъ намѣреніе приступить со всевозможною предусмотрительностію къ извлеченію какого бы то ни было фосфорнокислаго осколка, который бы могъ быть причиною страданій больнаго. Я такъ и поступилъ, и мнѣ удалось безъ труда извлечь извѣстное количество подобныхъ постороннихъ веществъ. 26-го Января вышло еще нѣсколько околковъ, и больной не имѣетъ уже такого частаго позыва мочиться.— 28-го—Я вынулъ осколокъ небольшаго объема. 31-го—Я изслѣдовалъ паціента и не нашелъ болѣе осколковъ. Послѣ полудня того же дня больной позволилъ себѣ прогулку по двору, не имѣя на то позволенія сидѣлки и пользуясь ея отсутствіемъ. 2-го Февраля у него сдѣлался ознобъ и температура его повысилась до 39°5, —3-го Февраля второй ознобъ. 4-го—у него настала сонливость и онъ несвязно выговаривалъ слова. Я велѣлъ прикладывать къ поясницѣ теплыя припарки изъ льнянаго сѣмяни, перемѣшаннаго съ горчицею и повторять ихъ какъ можно чаще. Пульсъ билъ 100 въ минуту, температура около 38°; моча немного уменьшена въ количествѣ. Въ такомъ положеніи дѣло оставалось два дня; затѣмъ больной сталъ менѣе сонливъ и полубредъ прекратился; рѣчь сдѣлалась болѣе внятною, языкъ очистился и больной началъ принимать пищу въ достаточномъ количествѣ. 4-го Февраля мы почти осудили его на смерть, но теперь мы имѣли нѣкоторую надежду на выздоровленіе. 8-го и 9-го ему было хуже, и моча сдѣлалась кровянистою. Послѣ прикладыванія теплыхъ припарокъ къ поясницѣ, 11-го и 12-го послѣдовало замѣтное улучшеніе. Но 13-го качество мочи опять измѣнилось и больной сталъ слабѣть, не принимая никакой пищи. 17-го возобновилась сонливость и бредъ, температура понизилась, пульсъ ослабѣлъ и

моча сдѣлалась еще болѣе кровянистою. Больной, изнеможенный, умеръ вечеромъ 19-го числа.

При аутопсіи, мы нашли вкратцѣ слѣдующія перемѣны: утолщеніе стѣнокъ пузыря съ аспиднымъ цвѣтомъ слизистой оболочки, и мѣстами нѣсколько ложныхъ, приросшихъ перепонокъ. Въ шейкѣ пузыря значительное препятетвіе вслѣдствіе гипертрофіи боковыхъ долей предстательной желѣзы; за нею глубоко вдавленная впадина, содержащая нѣсколько фосфорнокислыхъ сростковъ малаго объема, вѣсомъ въ 75 сентиграммовъ. Мочеточники были немного расширены, особенно съ лѣвой стороны. Почки окружены жирной массой, оплотнѣлою и сросшейся съ фиброзною капсулою; при отдѣленіи послѣдней, она отрывалась вмѣстѣ съ почечною паренхимою и была усѣяна миліарными нарывами. Поверхность почекъ представлялась дольчатою и, такъ сказать, зернистою. Объемъ почекъ нормаленъ, какъ будто бы это были атрофированныя, зернистыя почки (granular contracted kidney), потерпѣвшія острое воспалительное набуханіе. Правая почка была значительно гиперемирована по поверхности, мѣстами покрыта подтеками; въ лѣвой почкѣ это было менѣе выражено. При разрѣзѣ они были коричневатаго цвѣта, съ небольшими блѣдными, желтоватыми разбросанными пятнами; пирамиды напротивъ того представлялись сильно гиперимерованными. Лоханочки были расширены, слизистая оболочка ихъ сильно гиперимерована на всемъ протяженіи.

Г. Бекъ сдѣлалъ микроскопическое изслѣдованіе и нашелъ большое число *трубочекъ* переполненныхъ зернистымъ эпителіемъ. Мальпигіевы клубочки были окружены множествомъ клѣточекъ свѣжаго происхожденія. При разрѣзѣ паренхимы послѣ предварительнаго оплотнѣнія въ алькоголѣ, нашли, что трубочки кортикальнаго вещества были измѣнены, изъ нихъ однѣ расширены, другія съужены. Въ расширенныхъ трубочкахъ эпителій былъ зернистъ; объемъ его клѣточекъ уменьшенъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эпителій былъ совсѣмъ уничтоженъ и просвѣтъ трубочекъ былъ наполненъ зернистымъ распадомъ. Между трубочками, во всю длину паренхимы были въ большемъ количествѣ молодыя клѣточки; онѣ были значительно скучены вокругъ клубочковъ. Въ нѣкоторыхъ мѣс-

тахъ, въ близкомъ сосѣдствѣ маленькихъ нарывовъ, нормальная почечная ткань исчезла и была замѣщена кучами молодыхъ, круглыхъ клѣточекъ.

У больнаго со столь тяжелыми измѣненіями для хирурга оставалось только взять на себя обязанность успокоить его, облегчить на сколько возможно страданія, источникомъ которыхъ были осложненія съ исходомъ безусловно смертельнымъ: застарѣлая болѣзнь Брайта, вмѣстѣ съ камнемъ въ пузырѣ. Не могло быть и рѣчи о выздоровленіи. Камень былъ извлеченъ, но измѣненная моча и слизь пузыря, разлагаясь, давали начало безпрестанному образованію фосфорнокислыхъ веществъ, которыя слипались, заносились въ мочевой каналъ и причиняли мучительныя страданія. Подобный случай заставляетъ подумать о тѣхъ средствахъ, которыми располагаетъ терапія въ такихъ обстоятельствахъ. Поэтому я и воспользуюсь даннымъ случаемъ, чтобы разобрать съ вами важный вопросъ, который, будучи обставленъ во всѣхъ подробностяхъ, можетъ быть выраженъ слѣдующимъ образомъ.

Если при камнѣ въ пузырѣ существуетъ еще пораженіе почекъ, то до какой степени и какъ подобное осложненіе должно измѣнять оперативныя показанія, основанныя на присутствіи камня?

I. Я долженъ вамъ сначала сказать, что мы должны разумѣть подъ *измѣненіемъ почекъ*. Этотъ терминъ принимается различно и болѣе или менѣе произвольно. Онъ служитъ, конечно, выраженіемъ всѣхъ паталогическихъ процессовъ, которымъ могутъ подвергнуться почки. Я постараюсь вкратцѣ раздѣлить на классы эти болѣзни, имѣя въ виду занимающій насъ предметъ; я оставлю въ сторонѣ злокачественные процессы, которые никакимъ образомъ не могутъ войти въ эту группу.

а) Между болѣзнями почекъ, о которыхъ мы должны говорить, мы находимъ прежде всего нѣкоторыя хроническія измѣненія паренхимы, связанныя съ общею кахексіею; эти заболѣванія скорѣе, можетъ быть, являются мѣстнымъ выраженіемъ кахексіи, а не причиною ея, и входятъ въ категорію болѣзней, извѣстныхъ подъ именемъ *„болѣзни Брайта“*. Вы знаете, что аутопсія даетъ намъ типы различныхъ измѣненій въ почкахъ, значительно отличающихся другъ отъ друга ви-

домъ и объемомъ органа, а также и гистологическими измѣненіями; тѣмъ не менѣе эти заболѣванія составляютъ только разновидности брайтовской почки, основанныя либо на свойствѣ измѣненій, либо на періодѣ, до котораго развился процессъ. Большая часть этихъ измѣненій входитъ въ составъ двухъ слѣдующихъ категорій: или замѣчается granular contracted kidney, какъ у нашего больнаго, или же *) large smooth, white kidney. Я только напомню еще о болѣе рѣдкомъ измѣненіи, а именно о восковомъ перерожденіи почки, или амилоидѣ. Вы знаете, что признаки Брайтовой болѣзни вообще довольно ясны и чисты, чтобы можно было узнать эту болѣзнь во всѣхъ періодахъ ея развитія; даже степень развитія; болѣзни почки можетъ быть до нѣкоторой степени опредѣлена изслѣдованіемъ симптомовъ, представляемыхъ больнымъ.

в) Другое измѣненіе, которое непремѣнно должно отличить отъ предъидущаго, замѣчается *въ почкахъ* содержавшихъ часто, или давно *камни*.

Эти постороннія тѣла, небольшаго размѣра, обыкновенно состоятъ изъ мочевой кислоты; своимъ присутствіемъ въ мочевыхъ трубочкахъ, при устьѣ ихъ, или въ лоханочкахъ, они служатъ причиною измѣненія ткани въ степени пропорціальной объему этихъ вновь образуемыхъ веществъ и продолжительности ихъ пребыванія. Можно встрѣтить всѣ степени измѣненій почекъ, начиная отъ временнаго и ограниченнаго воспаленія слизистой оболочки лоханки, которое происходитъ отъ присутствія значительнаго количества кристалловъ свѣжаго образованія, и кончая почти полнымъ разрушеніемъ органа, вслѣдствіе существованія объемистаго почечнаго камня. Это послѣднее условіе, къ счастью, довольно рѣдко **), но первое очень обыкновенно. Сомнѣваюсь, чтобы больной могъ въ

*) Мы приводимъ здѣсь англійскіе термины, которые обыкновенно употребляются, чтобы изобразить и описать нѣкоторые типы измѣненій въ почкахъ. Granular contracted kidney означаетъ хроническую Брайтову почку съ зернистостью и атрофіей, large smooth, white kidney (большая гладкая, бѣлая почка) типъ острой формы болѣзни Брайта.

**) Одинъ изъ насъ наблюдалъ въ женскомъ госпиталѣ въ Нью-Іоркѣ одну женщину, которая умерла отъ почечной геморрагіи, и аутопсія которой показала въ лоханкѣ лѣвой, значительно расширенной, почки присутствіе приплюснутаго камня слегка приросшаго и величиною съ болотный бобъ (2 сент. длины и $1^1/_2$ ширины).

продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ выпускать значительное количество кристаллированной мочевой кислоты, безъ того, чтобы въ почкахъ не произошла какая нибудь перемѣна. Достовѣрно, что въ теченіи этихъ явленій можно доказать присутствіе красныхъ кровяныхъ шариковъ въ мочѣ, и можно принять за правило, что больной, который въ продолженіи нѣсколькихъ лѣтъ, отъ времени до времени, выдѣлялъ мочекислые камни, долженъ былъ подвергнуться стойкому измѣненію почекъ, болѣе или менѣе выраженному.

Кромѣ измѣненій мочи, нѣтъ другихъ признаковъ, могущихъ уяснить діагностику въ подобномъ случаѣ. Общее состояніе больнаго часто очень удовлетворительно; нѣтъ ни однаго кахектическаго явленія, какъ въ болѣзняхъ первой категоріи (болѣзнь Брайта), о которыхъ мы только что говорили. Напротивъ, большое число этихъ больныхъ крѣпкаго сложенія и имѣютъ здоровый видъ. Моча хороша, количество ея достаточно, нормальнаго удѣльнаго вѣса, не содержитъ бѣлка, хотя и содержитъ часто въ избыткѣ мочекислыя соли и кровяные шарики; этихъ послѣднихъ, впрочемъ, очень мало, чтобы можно было замѣтить ихъ присутствіе въ мочѣ простымъ глазомъ. Часто чувствуется боль въ почечной области, въ крестцовой кости и у бедра. Съ другой стороны я часто давалъ вамъ замѣтить, что эти больные, вслѣдствіе оперативныхъ пріемовъ, часто бываютъ подвержены лихорадочнымъ приступамъ, и я настаивалъ, чтобы хирургъ дѣйствовалъ особенно предусмотрительно, если онъ позванъ лечить подобнаго рода камни, хотя бы больные и казались цвѣтущими.

c) Говоря о болѣзняхъ почекъ, занимающихъ насъ въ настоящее время, я упомяну еще о *сахарномъ истощеніи*. Чтобы не возвращаться къ нему, я скажу вамъ теперь, что для больныхъ, одержимыхъ камнемъ и вмѣстѣ сахарнымъ истощеніемъ, равно и какъ для больныхъ, относящихся къ предъидущей категоріи, такъ какъ они всѣ въ пожилыхъ лѣтахъ, литотритія должна быть предпочитаема камнесѣченію, если только камень не очень великъ. Необходимо только, чтобы хирургъ довелъ до меньшей степени вмѣшательство инструмента и дѣйствовалъ чрезвычайно осторожно. Я оперировалъ съ большимъ успѣхомъ двоихъ больныхъ, у которыхъ было сахарное истощеніе, въ высшей степени, и одного изъ нихъ даже въ

прошедшемъ мѣсяцѣ: они оба были раздражительны и въ высшей степени впечатлительны къ операціи. У большинства пожилыхъ людей, носящихъ мочекислый камень, почки подверглись уже задолго болѣе или менѣе сильному раздраженію, вслѣдствіе образованія маленькихъ почечныхъ камней, и когда это раздраженіе достигло извѣстной степени, то всякая операція, касающаяся пузыря, становится рискованной.

d) Послѣдняя категорія измѣненій въ почкахъ, которую я еще долженъ назвать, это тѣ болѣзни, которыя *затрудняютъ выпущеніе мочи*. Эти измѣненія нерѣдки и изученіе ихъ прямо входитъ въ кругъ нашей задачи.

Уже нѣсколько лѣтъ тому назадъ, я описалъ тотъ механизмъ, который управляетъ подобными заболѣваніями. Главныя условія, затрудняющія выпущеніе мочи, по порядку ихъ частости, суть: съуженіе мочеваго канала, гипертрофія предстательной желѣзы, объемистые камни пузыря и наконецъ, какъ рѣдкое явленіе, атонія пузыря. Всякое съуженіе мочеваго канала представляетъ препятствіе испусканію и теченію мочи, въ степени, пропорціональной калибру съуженія. Гипертрофія предстательной желѣзы также причина задержки, хотя въ меньшей степени, чѣмъ съуженіе. Камни пузыря представляютъ иногда препятствіе для тока мочи, но только въ исключительныхъ случаяхъ; подобный результатъ зависитъ отъ нѣкоторыхъ индивидуальныхъ условій, какъ напримѣръ: особенное положеніе камня въ пузырѣ, его объемъ, или стремленіе помѣститься въ отверстіи шейки пузыря.

Но что достовѣрно, такъ это, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ давняго камня аутопсія показываетъ, какъ результатъ засоренія мочевыхъ путей, только незначительныя почечныя измѣненія; между тѣмъ, какъ въ другихъ подобнаго рода случаяхъ, эти измѣненія очень замѣтны по своей степени и обширности; они никогда не наступаютъ, не бывъ предшествуемы долгое время препятствіемъ при изверженіи мочи, каковъ бы ни былъ механизмъ задержки.

Измѣненія, о которыхъ я хочу говорить, состоятъ главнымъ образомъ въ расширеніи мочевыхъ путей на всемъ ихъ протяженіи, выше той точки, гдѣ помѣщается препятствіе. Такимъ образомъ въ случаяхъ съуженія уретры, мы находимъ при вскрытіи: *расширеніе мочеваго канала* и его испразни-

тельныхъ желѣзистыхъ каналовъ,—*грыжи слизистой оболочки*, которыя сквозь скважины мышечныхъ волоконъ стѣнокъ пузыря, способствуютъ образованію клѣтокъ, или перегородчатыхъ отдѣленій,—*расширеніе мочеточниковъ*, *лаханочекъ* и даже *почечной ткани*, съ *атрофіей* этой послѣдней, вслѣдствіе экцентрическаго сдавливанія. Тогда почки доходятъ до того, что состоятъ только изъ ряда кистъ *).

Остановимъ на минуту наше вниманіе на механическихъ условіяхъ развитія этихъ замѣчательныхъ уклоненій. Вамъ знакомъ тотъ гидравлическій принципъ, который заставляетъ давленіе передаваться, при посредствѣ жидкости, съ равной силой по всѣмъ направленіямъ. Значитъ, если я сожму мѣшокъ съ тонкими стѣнками, наполненный жидкостью, давленіе будетъ одинаково во всѣхъ частяхъ въ окружности, и изъ трубочекъ, которыя сообщаются съ внутренностью мѣшка, жидкость подымется до одинаковой высоты. Значитъ, что же должно случиться, когда этому гибкому и сократительному мѣшку, называемому пузыремъ, придется бороться съ препятствіемъ, будетъ ли то съуженіе, гипертрофія предстательной желѣзы, или камень? Конечно актъ мочеиспусканія требуетъ примѣненія силы, превышающей нормальную величину; больной дѣлаетъ усиліе для изгнанія мочи, и сила пущенная въ дѣйствіе, дѣлается иногда очень значительной, если препятствіе трудно побѣдимо.

Вы конечно понимаете, что давленіе, производимое мышечными усиліями, передается не только сзади напередъ, на препятствіе, но точно также и спереди назадъ, на мочеточники, на ихъ отверстія въ пузырѣ. Предположимъ, что для одного здороваго субъекта нужно было бы, для акта изгнанія, давленіе приблизительно около фунта на квадратный дюймъ (эти цифры должны служить только терминомъ сравненія); если въ мочевыхъ путяхъ находится какая нибудь задержка, то давленіе можетъ быть удвоено, утроено и даже упятерено. Болѣе того, необходимость мочиться, вмѣсто того, чтобы проявляться, предположимъ, пять разъ въ сутки, и быть тотчасъ же удовлетворенною, необходимость мочиться, говорю я, можетъ проявиться десять или двадцать разъ, и изгнаніе можетъ

*) См. Stricture of the urethra, by Henry Thomson, London, 1869 pp. 64—70.

требовать каждый разъ гораздо большаго времени, чѣмъ при здоровомъ состояніи.

Не надо объяснять вамъ долѣе послѣдствій такого разстройства въ отправленіяхъ, ни доказывать вамъ въ подробностяхъ, какъ наконецъ случается (потому что устья мочеточниковъ, по механизму своего закрытія, трудно поддаются давленію спереди назадъ), что всякое усиліе увеличиваетъ давленіе, распространяющееся вдоль мочеточника, такимъ образомъ, что расширеніе распространяется постепенно съ низу до верху; гидравлическое давленіе достигаетъ, наконецъ, самой почки, производитъ сжиманіемъ атрофію ея и одновременныя съ нею воспалительныя явленія. Такимъ образомъ случается, что мочеточникъ и лоханочки представляютъ настоящіе дополнительные резервуары пузыря, которые наполняются разложившеюся и аммоніачною мочею. Уже за долго до такого исхода, развиваются воспалительныя измѣненія, которыя и составляютъ сущность процесса, извѣстнаго вамъ подъ именемъ *піэлита.*

Предполагали наименовать эту совокупность измѣненій *хирургическимъ нефритомъ,* названіе данное другими острому гнойному нефриту, который иногда составляетъ окончательный исходъ въ случаяхъ застарѣлой болѣзни почекъ. Д-ръ Диккинсонъ былъ правъ, предложивъ оставить, въ засѣданіи медико-хирургическаго общества, это названіе, такъ мало научное. Что же касается до меня, то я никогда не употребляю его, такъ какъ оно мнѣ крайне не нравится. Конечно, это измѣненіе не имѣетъ ничего хирургическаго, развѣ только то, что, благодаря не вмѣшательству хирурговъ, поврежденіе дошло до такой степени. Если бы только можно было оказать заблаговременную помощь, при съуженіи, либо при камнѣ, никогда бы не случилось того, что я только что описалъ. Этимъ патологическимъ измѣненіямъ можно было бы дать названіе *механическаго расширенія* (мочеточниковъ и почекъ), чтобы дать понять, что они преимущественно, хотя можетъ быть и не вполнѣ, развиваются вслѣдствіе различныхъ условій, которыя я только что описалъ вамъ.

Теперь вы спросите меня, каковы же признаки подобныхъ измѣненій въ живомъ человѣкѣ? Я скажу вамъ, что я незнаю ни одного изъ нихъ патогномоническаго. Я долженъ

былъ сознаться въ этомъ около трехъ лѣтъ тому назадъ, когда, въ присутствіи „ Royal Medical and Chirurgical Society", я очень настаивалъ на этомъ пунктѣ, съ нарочною цѣлію — привлечь на него вниманіе и изслѣдованія моихъ собратовъ *).

Уже давно я отыскиваю напрасно тѣ *діагностическія* данныя, съ помощію которыхъ можно бы было узнать о существованіи воспаленій почечныхъ лоханокъ, піэлита, съ расширеніемъ пораженныхъ органовъ. Моча въ подобныхъ случаяхъ, нисколько не измѣняется; она нормальнаго вѣса и количество ея достаточно; она не содержитъ бѣлка, исключая тѣхъ случаевъ, когда къ ней примѣшивается гной, или кровь. Это-же, какъ вы знаете, обыкновенное явленіе въ мочѣ у больныхъ камнемъ и съ здоровыми почками; они происходятъ тогда отъ пузыря, подъ вліяніемъ раздраженія, произведеннаго присутствіемъ посторонняго тѣла. Во всѣхъ случаяхъ существованія камня въ пузырѣ, болѣе или менѣе объемистаго, вы найдете въ мочѣ гной и кровь; тоже самое замѣчается, еще постояннѣе, при всякомъ воспаленіи мочеваго пузыря, cystitis; послѣднее же всегда наблюдается въ случаяхъ занимающаго насъ расширенія лоханокъ.

Микроскопическое *изслѣдованіе мочи* точно также не даетъ никакихъ данныхъ для діагностики; моча не содержитъ никакого организованнаго вещества, связаннаго съ заболѣваніемъ па-

*) Я говорилъ тогда по этому поводу: «нужно признаться, что мы еще не имѣемъ средствъ узнать, при жизни больнаго, о существованіи подобныхъ измѣненій. Альбуминурія можетъ отсутствовать, и микроскопическое изслѣдованіе мочи не обнаруживаетъ существованія продуктовъ характеристичныхъ для почечныхъ измѣненій. Моча больнаго камнемъ часто содержитъ слизь, гной и кровь, но не всегда возможно опредѣлить, являются-ли эти вещества изъ пузыря (наиболѣе частый ихъ источникъ въ случаяхъ камня), или изъ выше лежащихъ органовъ; кромѣ того цилиндры тоже отсутствуютъ, другихъ патогномоническихъ признаковъ болѣзней почечной паренхимы также нѣтъ. Извѣстно, что нерѣдко встрѣчается застарѣлый піэлитъ и даже иногда хроническій нефритъ, при полнѣйшемъ отсутствіи всякаго физическаго, или раціональнаго признака.... Если бы было возможно узнавать во время существованіе подобныхъ осложненій, нужно бы было спросить себя: дѣйствовать-ли въ подобномъ случаѣ съ помощію литотритіи, или было бы умнѣе удержаться отъ всякаго леченія; потому что нѣтъ сомнѣнія, что при существованіи подобныхъ измѣненій можетъ послѣдовать смертельный исходъ, какъ послѣ сѣченія, такъ и послѣ литотритіи. Значитъ, въ разбираемыхъ нами 12 случаяхъ, эти измѣненія, въ формѣ осложненій, существовали приблизительно у 5 больныхъ, и если бы было возможно ихъ узнать, можно было бы уклониться отъ оперативнаго вмѣшательства, что больному дало бы возможность прожить нѣсколько долѣе, хотя и страдая, въ теченіи тѣхъ немногихъ дней, которые остались на его долю (Royal Med. and Chir. Transactions vol., 4 pp. 136, 137; 1870).

ренхимы почекъ; цилиндровъ тоже нѣтъ. Уклоненія отъ нормы состоятъ только въ примѣси гнойныхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ; однимъ словомъ изслѣдованіе мочи не даетъ никакихъ данныхъ. Съ другой стороны, ни въ какомъ періодѣ болѣзни не замѣчается ни водянки, ни обычной сухости кожи, и лихорадочное состояніе, въ видѣ continua, или remittens, точно также можетъ отсутствовать. Нѣтъ также исхуданія, напротивъ того, нѣкоторые изъ вашихъ больныхъ увеличиваются въ вѣсѣ. Но вмѣстѣ съ тѣмъ у подобнаго больнаго, если только измѣненія дошли до извѣстнаго предѣла, всегда бываетъ общее состояніе разслабленнымъ; больной слабъ и скоро устаетъ — признаки, которые служатъ только для того, чтобы предупредить врача о недостаткѣ физическаго сопротивленія больнаго; но кромѣ этого, подобные симптомы не даютъ намъ никакой основы для діагностики.

Впрочемъ предполагали, и повидимому не безъ основанія, что если почки значительно измѣнены, то моча непремѣнно должна содержать меньшее количество мочевины, ureum. Но это не такъ, если смотрѣть съ практической точки зрѣнія; не смотря на выраженный піэлитъ съ расширеніемъ, выдѣленіе мочевины происходитъ въ *достаточномъ* количествѣ. Вотъ фактъ, какъ онъ есть. Такъ, предположимъ каждую почку, доведенную до половины объема, то этихъ двухъ полупочекъ будетъ совершенно достаточно для исполненія ихъ отдѣлительныхъ функцій, пока потребности и дѣятельность организма держатся на не высокомъ уровнѣ; точно также мы видимъ, что двухъ половинъ легкихъ достаточно для гематоза, въ нѣкоторыхъ обстоятельствахъ, благопріятныхъ для поддержанія существованія при этихъ условіяхъ. Недостатокъ выдѣленія мочевины только тогда обнаружится, когда дѣйствіе этихъ двухъ половинъ почекъ будетъ замедлено, вслѣдствіе-ли разстройства подъ вліяніемъ наружнаго холода, или воспалительными явленіями, распространяющимися одинаково на обѣ почки, вслѣдствіе какого нибудь оперативнаго поврежденія, произведеннаго на мочевой каналъ или пузырь.

Наконецъ, преслѣдуя всю ту-же практическую сторону вопроса, предположимъ, что я изслѣдую мочу больнаго, съ цѣлію опредѣлить количество мочевины, и нахожу, что оно значительно ниже нормы; неправда-ли, что этотъ больной долженъ

будетъ находиться подъ вліяніемъ отравленія мочевиною въ болѣе или менѣе сильной степени, и не представитъ-ли онъ въ въ короткое время клиническихъ признаковъ уреміи? А отсутствіе этихъ признаковъ не служитъ-ли намъ доказательствомъ того, что мочевина выдѣляется въ достаточномъ количествѣ? Какъ только основныя начала мочи начинаютъ задерживаться въ крови, съ этой минуты явленія отравленія дѣлаются неизбѣжными. На практикѣ не придаютъ большаго значенія однимъ только результатамъ химическаго изслѣдованія мочи. Если больной даетъ мочу въ изобиліи, удѣльнаго вѣса отъ 1018—1025*), и не содержащею ни трубочекъ, ни бѣлка, за исключеніемъ того бѣлка, который сопровождаетъ гной и кровь, примѣшанные къ мочѣ, ничто не заставляетъ насъ подозрѣвать о существованіи застарѣлаго измѣненія въ почкахъ, если только онѣ не будутъ обнаружены другими признаками.

Поэтому я никогда не приступаю къ операціи больнаго камнемъ, не изслѣдовавъ предварительно мочу его, и когда я рѣшаюсь оперировать больнаго, у котораго почки очевидно измѣнены, то я дѣйствую съ полнымъ сознаніемъ того, что необходимо попробовать, во что бы то ни стало, хирургическое пособіе. Я скоро возвращусь къ этому предмету. Скажу, между прочимъ, что никто больше меня не приметъ такъ хорошо всякое новое примѣненіе химическаго анализа мочи, которое могло бы дать основаніе для діагностики; я боюсь, однакожъ, что при настоящемъ положеніи нашихъ знаній, никакое подобнаго рода средство не можетъ уяснить діагностику «механическаго расширенія», которымъ мы занимаемся.

Спрашивается также, незьзя-ли было бы узнать о существованіи этихъ измѣненій съ помощію данныхъ, которыми снабжаютъ насъ ощупываніе или постукиваніе. Что касается до меня, то я положительно отрицаю это. За границею, одинъ изъ авторитетовъ выразился недавно въ пользу подобныхъ признаковъ, съ точки зрѣнія діагностики этихъ пораженій.

---

*) Въ естественномъ состояніи моча (человѣка) выдѣляется отъ 3 до 6 разъ въ сутки, въ *количествѣ* 1400—1600 кубич. сантиметр., а у людей мало пьющихъ отъ 1200—1400 куб. сант. Удѣльный вѣсъ колеблется отъ 1015 до 1025, въ среднемъ выводѣ 1020. Чѣмъ меньше количество мочи, тѣмъ ея удѣльный вѣсъ тяжелѣе и наоборотъ. Количество же выдѣляемой мочи много зависитъ отъ количества питья, пота и испражненій. —*П. Заблоцкій*

Занимаясь нѣсколько лѣтъ этимъ вопросомъ, я долженъ выразить мнѣніе, совершенно противоположное мнѣнію этого автора, отдавая ему въ тоже время должное уваженіе.—Я уже давно убѣдился, что пораженіе почекъ, болѣе чѣмъ какое либо другое обстоятельство, мѣшаетъ намъ уменьшить смертность тѣхъ операцій, которыя мы принуждены дѣлать при объемистыхъ камняхъ.

Если бы въ данномъ случаѣ я могъ узнать навѣрное, что у больнаго, съ объемистымъ камнемъ, въ-то же время существуетъ расширеніе мочеточниковъ и почекъ, я бы посовѣтовалъ ему не позволять дѣлать надъ собой никакой операціи, и сдѣлалъ бы все, что могу для поддержанія жизни и уменьшенія страданій. При подобныхъ условіяхъ такой образъ дѣйствій можетъ быть, до нѣкоторой степени, осуществленъ, и результаты получаются иногда лучше, чѣмъ можно бы было ожидать, что я замѣтилъ въ нѣкоторыхъ рѣзкихъ случаяхъ. Но съ другой стороны, иногда эти паліативныя средства не помогаютъ, и больной настойчиво проситъ уменьшить ему нестерпимыя страданія. Въ подобныхъ обстоятельствахъ, можемъ-ли мы отказать ему въ хирургической помощи, не нарушая принциповъ гуманности?

Чтобы покончить съ этимъ, постараемся опредѣлить, какое имѣютъ достоинство данныя, полученныя ощупываніемъ и постукиваніемъ? Мы прежде всего положительно рѣшили, что чувствительность къ давленію почечной области можетъ вполнѣ отсутствовать, если только нѣтъ при этомъ остраго нагноенія, остраго воспаленія почки, нефрита, или почечнаго камня. Вы часто могли видѣть, съ какимъ стараніемъ я изслѣдую чувствительность почечной области у нашихъ больныхъ, и вы знаете, какъ это легко дается съ худощавыми субъектами; напротивъ того, вамъ извѣстно какъ трудно это изслѣдованіе у больнаго, очень жирнаго. Но вы не должны воображать, что худощавость есть одно изъ условій изслѣдуемыхъ больныхъ; напротивъ, предупреждаю васъ, что вы часто будете имѣть дѣло съ людьми полными. Эти больные обыкновенно оставались мало подвижными годъ, или два, не предаваясь мышечнымъ упражненіямъ, такъ что жирный слой скопился въ избыткѣ; при такомъ положеніи дѣлъ ощупываніе не можетъ дать большихъ свѣдѣній о состояніи мочеточниковъ.

Больше того: если бы мы даже имѣли дѣло съ худощавымъ больнымъ, представляющимъ самыя благопріятныя условія для изслѣдованія, то поврежденія, которыми мы занимаемся, не такого свойства, чтобы могли быть открываемы физическими признаками. Предположимъ, что мочеточникъ достигъ размѣра аорты и даже перешелъ его: будемъ-ли мы имѣть дѣло съ трубкой, растянутой газомъ и узнаваемой по звонкости при перкуссіи, или же растянутыя части будутъ наполнены жидкостью, съ тупымъ тономъ при постукиваніи? Конечно нѣтъ; мочеточникъ въ подобномъ случаѣ находится въ состояніи спавшейся трубки, съ тонкими, гибкими стѣнками, хотя и пропускающими въ то-же время жидкость; но вамъ будетъ также трудно отличить ихъ постукиваніемъ отъ сосѣднихъ органовъ и опредѣлить ихъ границы, какъ трудно было бы узнать подобнымъ же изслѣдованіемъ поясничное сплетеніе. Это также вѣрно и для самой почки.

Вы, конечно, можете, не безъ нѣкоторой особенной ловкости, опредѣлить растяженіе почки увеличенной въ объемѣ; но невозможно посредствомъ физическаго изслѣдованія узнать и доказать существованіе расширенія лоханочекъ, или атрофіи почечной паренхимы. Конечно у васъ можетъ явиться подозрѣніе, и вы иногда можете, съ проницательностію, догадываться; но если дѣло идетъ о діагностикѣ, отъ которой зависитъ жизнь или смерть больнаго, вы не должны ограничиваться предположеніями, какъ бы онѣ ни были проницательны. Здѣсь представляется цѣлое поле поисковъ, которые приглашаютъ къ изслѣдованіямъ, потому что, увѣряю васъ еще разъ, въ настоящее время мы не имѣемъ средствъ діагностики, хотя бы сколько нибудь достовѣрной, для опредѣленія воспаленія почечныхъ лоханокъ, піэлита, съ механическимъ расширеніемъ.

II. Я долженъ коснуться теперь вопроса о *предсказаніи* почечныхъ измѣненій въ томъ случаѣ, когда существуетъ камень въ пузырѣ, который предполагаютъ удалить оперативнымъ способомъ. Прежде всего я скажу вамъ, что если камень малаго объема, величиною съ небольшой орѣхъ, то *хорошо выполненная* литотритія мало опасна, каково бы ни было положеніе почекъ. Но, къ несчастію, камень часто достигъ уже значительнаго объема, и чтобы ни дѣлали, больной въ сомнительномъ положеніи; тогда мы должны спросить себя, какое-же леченіе

даетъ ему нѣкоторые шансы къ улучшенію, если не къ выздоровленію.

Я оперировалъ по крайней мѣрѣ трехъ больныхъ камнемъ, которые въ то-же время были поражены явной застарѣлой болѣзнью Брайта, и у которыхъ страданія достигли такой силы, что настоятельно требовали операціи. Изъ этихъ всѣхъ трехъ фосфорнокислыхъ камней, два были очень объемисты, третій—среднихъ размѣровъ. Я считаю камнемъ *средней величины* тотъ, который имѣетъ въ діаметрѣ около дюйма.

Первый изъ этихъ трехъ больныхъ былъ кліентъ доктора Шарпа, изъ Норвуда; я лечилъ его въ 1865 году. Съ помощію самыхъ тщательныхъ предосторожностей, мнѣ удалось въ теченіи 8 мѣсяцевъ совершенно очистить пузырь, что доставило больному очень большее облегченіе. Моча, хотя довольно прозрачна, была не такъ плотна и содержала бѣлокъ. Больной спустя девять или десять мѣсяцевъ скончался при условіяхъ благосостоянія относительно очень хорошихъ.

Второй случай представился мнѣ въ этомъ госпиталѣ въ 1870 году. Я долженъ былъ дѣйствовать съ большою предъусмотрительностію. Сеансы, въ числѣ пяти, продолжались шесть недѣль, по случаю сильныхъ знобовъ, съ продолжительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, которое было вызвано нѣсколько разъ сеансами. Больной вышелъ изъ больницы въ значительно улучшенномъ состояніи и избавленный отъ всѣхъ симптомовъ, зависящихъ отъ камня въ пузырѣ. Я видѣлъ его три мѣсяца спустя послѣ его выхода и улучшеніе отлично поддерживалось. Съ тѣхъ поръ я ничего болѣе не слыхалъ о немъ.

Наконецъ третій изъ этихъ случаевъ представился около того же времени, также въ госпиталѣ. Болѣзнь почекъ была здѣсь уже болѣе развита, чѣмъ въ предъидущихъ случаяхъ, и только послѣ многихъ просьбъ больнаго я рѣшился попробовать на немъ литотритію. Я не могъ отказать его мольбамъ, сдѣлалъ все возможное, чтобы облегчить его страданія; онъ зналъ также хорошо, какъ и я, что неизбѣжная смерть должна была скоро послѣдовать.—Имѣя въ виду его блѣдность, его разслабленное состояніе, постоянное ускореніе пульса, я ни одной минуты не думалъ о сѣченіи. — Я прождалъ три недѣли, прежде чѣмъ рѣшился приступить къ операціи, надѣ-

ясь, что его состояніе улучшится немного предварительнымъ леченіемъ. Въ продолженіи пяти сеансовъ литотритіи мнѣ почти удалось совершенно извлечь камень; но пятый сеансъ повлекъ за собою сильные ознобы со рвотою и, больной умеръ чрезъ нѣсколько дней. Могло-ли сѣченіе быть примѣнено въ одномъ изъ приведенныхъ вамъ случаевъ? Я скажу немедля, что ни одинъ изъ такихъ разслабленныхъ больныхъ не могъ быть подверженъ операціи рѣжущими инструментами. Литотритія могла только представить нѣсколько шансовъ къ выздоровленію, и благодаря ей, я могъ избавить двухъ больныхъ отъ мученій каменной болѣзни и отдалить для нихъ день неизбѣжнаго конца.

Но, скажете вы мнѣ, здѣсь дѣло шло о настоящей «болѣзни Брайта», и вы въ полномъ правѣ спросить, можетъ ли подобный образъ дѣйствія быть принимаемъ въ томъ случаѣ, когда камень осложненъ піэлитомъ съ механическимъ расширеніемъ, предположивъ, что существованіе этого осложненія было заранѣе узнано. Я могу дать вамъ на это только одинъ отвѣтъ: всѣ подобнаго рода больные, которыхъ я видѣлъ и у которыхъ аутопсія доказала существованіе разбираемыхъ нами почечныхъ измѣненій, всѣ эти больные, говорю я, представляли явный недостатокъ жизненнаго противодѣйствія; у всѣхъ было общее разслабленое состояніе, которое принуждало меня отступать до послѣдней степени, прежде чѣмъ рѣшиться попробовать надъ нами острый инструментъ. И признавая, что я охотно удержусь, какъ отъ литотритіи, такъ и отъ сѣченія, какъ я уже вамъ сказалъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно было бы узнать о существованіи застарѣлой болѣзни почекъ, я думаю, что у нѣкоторыхъ изъ этихъ больныхъ мнѣ удалось съ успѣхомъ примѣнить литотритію. Тоже самое было и въ трехъ случаяхъ застарѣлыхъ съуженій мочеваго канала и послѣдовательнаго значительнаго расширенія мочевыхъ путей, лежащихъ позади съуженія. Въ этихъ случаяхъ я долженъ былъ поддержать въ мочевомъ каналѣ достаточный калибръ съ помощію зондовъ à demeure. Но эти больные были въ такомъ плачевномъ состояніи, что я бы ни за что на свѣтѣ не рѣшился ихъ литотомировать, и полагаю, что всякій практикъ раздѣлилъ бы мои взгляды.

Но по случаю этихъ доводовъ вы имѣете полное право сказать мнѣ съ предложеніемъ нѣкоторыхъ хирурговъ, пользующихся авторитетомъ; именно: въ случаяхъ *болѣзни почекъ* лучше прибѣгнуть къ той операціи, которая *разомъ* кончитъ съ камнемъ, чѣмъ стараться достигнуть подобнаго результата помощію способа такого, какъ дробленіе, которое заставляетъ нѣсколько разъ вводить литотриторъ, и которое причиняетъ больному продолжительное раздраженіе, вслѣдствіе присутствія осколковъ камня?

Въ настоящее время мы можемъ отвѣтить на это замѣчаніе: только что высказанное предложеніе, имѣвшее цѣну лѣтъ тридцать тому назадъ, совершенно невѣрно теперь, когда относительная цѣнность этихъ двухъ методовъ—литотоміи и литотритіи такъ глубоко измѣнилась. Литотомія пріобрѣла уже нѣкоторую степень совершенства въ то время, какъ литотритія не была еще изобрѣтена, и давала такіе-же хорошіе результаты, какъ и всѣ тѣ, которые были получены ею впослѣдствіи. Напротивъ того, усовершенствованіе новаго способа, литотритіи, съ успѣхомъ подвигалось въ теченіи послѣднихъ пятидесяти лѣтъ и до нашего времени. Примѣненіе этого способа даетъ въ настоящее время лучшіе результаты, чѣмъ двадцать, и даже десять лѣтъ тому назадъ, и потому это положеніе, касавшееся осложненія со стороны почекъ и такъ хорошо стоявшее въ то время, теперь съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе теряетъ свою силу. *Я даже того мнѣнія, что противоположное правило должно быть примѣнено въ томъ случаѣ, гдѣ камень легко поддается дробленію.* Чтобы подтвердить этотъ доводъ, я представилъ вамъ шесть неопровержимыхъ свидѣтелей,—я бы легко могъ доставить и большее количество ихъ,—шесть больныхъ камнемъ, которымъ невозможно было бы примѣнить литотомію. Вести этихъ несчастныхъ больныхъ и разслабленныхъ въ амфитеатръ, чтобы подвергнуть ихъ литотоміи, это значило бы просто вести ихъ на бойню. Изъ этихъ шести больныхъ, пятеро могли быть спасены.

Я думаю, что если дѣло идетъ даже о довольно обширномъ камнѣ, если только онъ рыхлъ,—замѣтьте, что въ этомъ случаѣ камень почти всегда фосфорно-кислый и потому рыхлый,—и если существуетъ давнее измѣненіе въ почкахъ съ общимъ разслабленіемъ,—я думаю, повторяю, что если есть операція,

представляющая нѣкоторый шансъ къ успѣху, такъ это литотритія, и увѣренъ, что въ такомъ случаѣ литотомія ведетъ за собою неизбѣжную смерть. Такимъ образомъ остается выборъ между литотритіей и леченіемъ, подающимъ временное облегченіе, палліативнымъ. Если съ другой стороны, камень не легко поддается дробленію, слѣдуетъ выбирать между литотоміею и палліативнымъ леченіемъ, и это послѣднее, повидимому, должно быть предпочтено.

Нельзя терять изъ виду одинъ изъ важныхъ пунктовъ настоящаго анализа, и съ моей стороны было-бы странно умолчать о немъ. Когда я взвѣшиваю предъ вами достоинства литотритіи, само собою разумѣется, я говорю о литотритіи хорошо выполненной искусной и напрактиковавшейся рукой. Внѣ этихъ условій, конечно литотомія лучше. Замѣтьте, что невозможно сравнивать два враждебные между собою способа, какъ мы могли бы сравнить нѣкоторыя другія операціи, какъ напримѣръ два способа ампутаціи ноги. Не слѣдуетъ скрывать того факта, что два опытные хирурга могутъ въ теченіе извѣстнаго времени получить отъ литотоміи почти тѣже результаты, между тѣмъ, какъ литотритія, въ рукахъ каждаго изъ нихъ, можетъ дать результаты далеко не схожіе, и быть въ сущности оперативнымъ методомъ, который имѣетъ общимъ только названіе. Такимъ образомъ молодой хирургъ, только что начиная свою карьеру, можетъ отлично выполнить боковую литотомію, между тѣмъ какъ ему нужна будетъ полнѣйшая опытность для того, чтобы хорошо сдѣлать литотритію. Поэтому невозможно сравнивать эти два способа, или опредѣлить ихъ относительныя достоинства, не отдавъ себѣ отчета въ этомъ пунктѣ вопроса.

Такъ какъ вы находитесь здѣсь въ качествѣ учениковъ, то я совѣтывалъ бы вамъ лучше склоняться на сторону сѣченія въ тѣхъ сомнительныхъ, или трудныхъ случаяхъ, которые могутъ представляться вамъ въ самомъ началѣ вашей практики; такъ поступайте во всѣхъ случаяхъ, исключая тѣхъ, когда вамъ встрѣтится камень небольшаго объема, и до тѣхъ поръ, пока вы не пріобрѣтете нѣкотораго навыка въ управленіи литотриторомъ. Не рискуйте предпринимать литотритіи для большихъ камней, не пріобрѣтши опытности въ дробленіи маленькихъ камней. Съ которой стороны вы ни разсматрива-

ли бы эти столь важные вопросы, всегда возникаетъ слѣдующій крайне важный выводъ: *старайтесь, какъ можно раньше узнать о существованіи камня въ пузырѣ*; если камень не былъ найденъ прежде, чѣмъ онъ достигъ значительнаго объема, то значитъ была *сдѣлана ошибка*. Когда камень малъ, онъ можетъ быть раздробленъ не больше, какъ въ одинъ, или два сеанса, и почти безъ опастности. Индикаціи къ сѣченію тогда не существуетъ, и состояніе почекъ не можетъ внушать безпокойства. Я еще никогда не терялъ больнаго, у котораго существованіе камня было во время опредѣлено, и камень былъ раздробленъ въ то время, какъ его объемъ былъ еще невеликъ; и надѣюсь, что при такихъ условіяхъ, я никогда и не потеряю больнаго.

ЛЕКЦІЯ XII.

Будущность оперативной Хирургіи въ леченіи камней пузыря*).

Мм. Гг. Выбранное мною названіе главы можетъ, съ перваго раза, заставить васъ думать, что я скорѣе смотрю на этотъ предметъ съ спекулятивной, чѣмъ съ практической стороны. Но вы бы ошиблись. Цѣль моя, напротивъ, крайне практическая, въ чемъ и надѣюсь убѣдить васъ до конца этой лекціи. Я согласенъ, что не принято вообще начинать изученіе хирургической операціи съ вопроса, что ей предстоитъ въ будущемъ. Вы знаете, что начинаютъ обыкновенно краткимъ изложеніемъ древнихъ авторовъ. Перечисляютъ сначала намеки, сдѣланные по этому поводу Гиппократомъ и Галеномъ. Если отцы медицины и были нѣмы по этому предмету, то это все таки же принимается къ свѣденію. Затѣмъ, послѣ экскурсіи въ арабскую медицину, касаются авторовъ эпохи возрожденія, Амбруаза Паре, Ричарда Вайземана и мн. др, и такимъ образомъ доходятъ, наконецъ, до современнаго періода. Этотъ способъ, какъ бы онъ ни былъ интересенъ и поучителенъ, не составитъ для меня предмета сегодняшней лекціи. Я, главнымъ образомъ, хочу заняться будущимъ, а не прошедшимъ, и поступаю такъ потому, что достигнутый нами пунктъ въ исторіи хирургическаго леченія камня пузыря даетъ мнѣ на это полное право. Предвидѣть, или предсказать—выраженіе, можетъ быть, немножко усиливающее мою мысль,—въ нѣкоторой степени всегда возможно, если мы достаточно ознакомились съ

*) Эта лекція, точно также, какъ и предъидущая, не помѣщена въ послѣднемъ англійскомъ изданіи. Она была въ 1873 году прочитана сэромъ Генри Томсономъ, въ формѣ академической рѣчи предъ «Midland Medical Society», и помѣщена въ журналѣ The Lancet.

предметомъ нашихъ предсказаній и со всѣми данными, относящимися къ нему. Я сомнѣваюсь, чтобы въ хирургіи былъ такой предметъ, къ которому бы подобное разсужденіе примѣнялось болѣе спеціальнымъ образомъ, чѣмъ тотъ, о которомъ я вамъ хочу говорить сегодня.

Прежде всего я смѣло объявляю мое убѣжденіе, что камень въ пузырѣ составляетъ болѣзнь, которая, какъ и многія другія, должна когда-нибудь исчезнуть изъ числа человѣческихъ невзгодъ. Эта важная болѣзнь, которая въ теченіе двадцати столѣтій испытала искусство столькихъ хирургическихъ поколѣній и породила столько сочиненій; это злое заболѣваніе, внушившее столько страха человѣчеству, которое, съ незапамятныхъ временъ, платило ему громадною данью страданій, изчезнетъ наконецъ, я въ этомъ увѣренъ, вмѣстѣ съ своей печальной свитой болей и опасности.

Во всѣ времена самыя лучшія побѣды нашего искусства были тѣ, которыя не только вѣнчались выздоровленіемъ, но также профилактикой и уничтоженіемъ человѣческихъ болѣзней. Я могъ бы назвать нѣсколько такихъ болѣзней, этихъ настоящихъ бичей, которые, какъ вы знаете, благодаря научной медицинѣ, уже болѣе не существуютъ. Чума, за исключеніемъ очень рѣдкихъ случаевъ, существуетъ въ Европѣ только, какъ историческое воспоминаніе. Оспа, въ настоящее время, анахронизмъ, не имѣющій ни права, ни причины быть, и проявленія ея служатъ наказаніемъ тупости и невѣжества. Пойду дальше: тифозная горячка и другія лихорадочныя сыпи предназначены той же участи, и, чтобы совершенно исчезнуть, ждутъ лишь усилій человѣческой интеллигенціи и иниціативы. Даже холера,—я убѣжденъ, что вы одного мнѣнія со мною,—должна уступить намъ свою почву. И въ самомъ дѣлѣ невозможно, чтобы случилось иначе.

Слава всѣхъ этихъ побѣдъ, конечно, принадлежитъ «медицинѣ», хотя я и протестую противъ этого страннаго разлада двухъ вѣтвей нашего искусства, изъ которыхъ одна никогда не можетъ быть примѣнима безъ другой, что я, мимоходомъ, и постараюсь вамъ доказать. Что касается настоящаго времени, то надо сознаться, что «хирургія» менѣе сдѣлала для уничтоженія болѣзней, чѣмъ для ихъ излеченія. Позвольте мнѣ сегодня вписать въ активъ хирургической науки

и потребовать отъ ея личнаго имени исполненія великой задачи, о которой я буду бесѣдовать съ вами. Во всякомъ случаѣ, прежде, чѣмъ поднимать этотъ вопросъ о будущемъ, необходимо изложить вкратцѣ положеніе хирургической практики нашего столѣтія относительно камней пузыря.

Пятьдесятъ лѣтъ тому назадъ, всякій человѣкъ, носившій камень въ пузырѣ, могъ разсчитывать лишь на ножъ хирурга. При этомъ несчастіи, искусство пользовалось лишь одной кровавой операціей, важность которой всякій признаетъ у возмужалыхъ и опасность у старика. Около этого времени (1822) Сивіалю, въ присутствіи Парижской Академіи, удалось раздробить и извлечь камни у двухъ больныхъ при помощи инструментовъ, введенныхъ въ пузырь чрезъ мочевой каналъ. Способъ, извѣстный вообще подъ именемъ «Литотритіи», подвергся съ тѣхъ поръ развитію и улучшеніямъ, которыя его совершенно измѣнили и сдѣлали изъ него прекрасную операцію, употребляемую въ наше время.

Весьма вѣроятно, что въ теченіе перваго двадцатилѣтія съ вступленія въ практику литотритіи, она повысила, на пути къ развитію, цифру смертности между больными камнемъ; неизбѣжный результатъ, возникшій въ то время, какъ оставили способъ, усовершенствованный въ теченіе цѣлыхъ столѣтій рукою учителей, въ пользу новаго способа, совершенно отличающаюся отъ древняго, предъ которымъ изумленные хирурги оказались всѣ одинаково неопытными. Тѣмъ не менѣе способъ пережилъ, и люди имѣли вѣру въ его будущность. Какими бы дикими не показались вамъ прежде употреблявшіеся инструменты,—въ наше время было-бы дѣйствительно варварствомъ пользоваться ими—они однако были первыми эскизами, предоставленными для усовершенствованія въ будущемъ. Современный инструментъ, такъ близкій къ совершенству, это столь подвижное орудіе и въ тоже время столь могущественное, новѣйшаго арсенала, тихо и по ступенямъ родилось послѣ многихъ поисковъ и попытокъ изъ тяжелыхъ и грубыхъ машинъ, которыя, въ теченіе многихъ лѣтъ, были вводимы въ пузырь больныхъ съ большею грубостью, чѣмъ ловкостью. Поощренія статистики шагъ за шагомъ слѣдили за улучшеніями инструментовъ.

Между тѣмъ, невѣрившіе въ новый способъ,—и я вполнѣ

понимаю, что они были,— старались измѣнить пузырный надрѣзъ, чтобы сдѣлать его менѣе опаснымъ, хотя и достаточнымъ для извлеченія маленькихъ камней, единственныхъ, которые хирурги осмѣливались пробовать лечить литотритіей. Отсюда возникли двусторонняя и срединная обыкновенная операція, не считая той затѣйливой операціи, извѣстной подъ именемъ «lithotomia praerectalis», и нѣсколько другихъ маловажныхъ уклоненій отъ старой избитой тропинки. Впрочемъ, до тѣхъ поръ, пока анатомія будетъ въ томъ-же положеніи, нельзя разсчитывать на серьезныя усовершенствованія въ томъ пути, который ведетъ къ пузырю двумя единственно возможными способами: области над- и под- лобковыя. Кто изъ насъ не волновался этою великою задачею, какъ въ ночной тишинѣ, такъ и впродолженіе дневныхъ занятій въ залѣ амфитеатра! Какъ длинна фаланга людей, посвященныхъ въ наше искусство, употребившихъ лучшія свои силы старанію подвинуть, хотя и на малый шагъ, литотомію; одни старались лучше достигнуть канала, другіе избѣжать поврежденія сосудовъ, третіи, наконецъ, причинить какъ можно менѣе вреда желѣзѣ.

Но каковъ-же былъ приговоръ опыта о сущности всѣхъ этихъ нововведеній, предложенныхъ для классической операціи боковаго сѣченія?

Выслушайте, господа, заключеніе, къ которому пришелъ мой другъ, Мистеръ Каджъ, изъ Норвича, послѣ долгаго и подробнаго изслѣдованія результатовъ, полученныхъ въ этомъ городѣ съ помощію срединной операціи. «Моя настоящая опытность учитъ меня, что срединное сѣченіе, lithotomia mediana, можетъ быть примѣнимо лишь къ камнямъ небольшаго объема... За этой границей путь дѣлается усѣяннымъ шипами и подводными камнями и т. д.» *). Это мнѣніе одинаково съ тѣмъ, которое я уже высказалъ въ одной изъ моихъ клиническихъ лекцій. Я вижу, что съ нимъ согласны всѣ хирурги, предающіеся сравнительному изученію фактовъ, и въ этомъ-же составѣ я нахожу множество иностранныхъ операторовъ, талантливыхъ и опытныхъ людей, съ которыми я недавно имѣлъ удовольствіе разсуждать объ этомъ предметѣ.

---

*) *О срединномъ сѣченіи.* Рукопись, читанная годичному собранію англійскаго медицинскаго общества. Лондонъ, 1873 года.

Теперь я коснусь того значенія, которое имѣетъ литотритія въ наше время. Но сначала я долженъ сказать вамъ нѣсколько словъ о различныхъ статистическихъ данныхъ, относящихся къ операціямъ камня. Мы видимъ еще нѣсколько людей, которые упорствуютъ излагать результаты въ цифрахъ, гдѣ случаи возмужалаго возраста смѣшаны съ случаями дѣтскаго возраста. Такой образъ дѣйствій, видимо, обманчивъ; если это проистекаетъ не вслѣдствіе нерадѣнія, то это можетъ доказывать лишь двѣ вещи: или полнѣйшее незнаніе разницы опасности, присущей въ обоихъ случаяхъ, или же желаніе показать, во чтобы то ни стало малую смертность, примѣшивая по возможности большее число случаевъ дѣтскаго возраста къ случаямъ взрослыхъ. Въ интересахъ правды и всякаго честнаго спора, необходимо отличать камни, предшествующіе возмужалости отъ тѣхъ, которые появляются послѣ этого времени *).

Литотомія, примѣняемая до возмужалости, въ глазахъ и въ умѣ всякаго есть относительно благопріятная операція, дающая приблизительно одну смерть на шестнадцать. Въ зрѣломъ возрастѣ случайности гораздо чаще. Въ среднемъ выводѣ практика лучшихъ литотомистовъ (которые постоянно употребляли сѣченіе, но никогда литотритію, чрезвычайно важная подробность, которую слѣдуетъ замѣтить) представляетъ приблизительно одну смерть на шесть случаевъ, начиная съ зрѣлаго возраста до 58 лѣтъ **); и одного умершаго на $3^1/_2$, отъ 58 до 80 лѣтъ ***).

У возмужалыхъ дѣйствительно условія совершенно различны отъ условій ребенка, половые органы котораго, еще въ первоначальномъ состояніи, лишены всѣхъ тѣхъ тонкихъ и сложныхъ отношеній, которыя позже связываютъ половой аппаратъ со всѣмъ организмомъ. Такимъ образомъ это именно тѣ отра-

---

*) Чезельденъ указываетъ на необходимость постоянно принимать во вниманіе года оперируемыхъ и предлагаетъ примѣръ этому правилу въ статистикѣ изданныхъ имъ 213 случаевъ. Въ этомъ количествѣ: 167 имѣли менѣе 20 лѣтъ, 14 только переступили за 50 и между этими послѣдними 6 умерло (анатомія Чезельдена, 5-е изданіе, стр. 322—323, 1740). Столь извѣстный рядъ Мартино, съ двумя умершими на 84 случая, содержитъ 34 случая ниже 14 лѣтъ и пять женщинъ; только одинадцать случаевъ были выше шестидесяти лѣтъ (зам. Томсона).

**) 528 операціи сѣченія (зам. Томсона).

***) 271 операція. См. соч. автора «Lithotomy and lithotrity», 2 изд. стр. 142.

женныя явленія, которыя въ зрѣломъ возрастѣ имѣютъ такое большое вліяніе и порождаютъ иногда столь угрожающія разстройства, извѣстныя подъ именемъ уретральной лихорадки, и которыхъ мы никогда, или почти никогда, не встрѣчаемъ ни у женщинъ, ни у ребенка. Я болѣе не остановлюсь сегодня на этомъ предметѣ, но прошу васъ, считайте недостаточными тѣ таблицы, въ которыхъ обѣ категоріи оперированныхъ не отчетливо раздѣлены.

Сегодня вечеромъ я разсмотрю только самую важную сторону нашего предмета: камень въ пузырѣ возмужалаго человѣка. Хотя способъ дробленія и не долженъ быть совершенно изгнанъ изъ дѣтской хирургіи, хотя онъ и можетъ быть отлично примѣнимъ къ молодымъ больнымъ камнемъ, носящимъ небольшіе сростки, во всякомъ случаѣ ясно, что дальнѣйшая моя рѣчь о литотритіи касается лишь зрѣлаго возраста и въ особенности людей въ преклонныхъ лѣтахъ.

Продолжимте наше занятіе. Вотъ четыре ящика, принесенные изъ моего кабинета; они содержатъ, приблизительно, 200 камней, оперированныхъ литотритіей. Средній возрастъ этихъ 200 случаевъ переходитъ за 60 лѣтъ: только небольшое количество ихъ ниже 40 лѣтъ; большая же часть колеблется между 70 и 80 годами. Чтобы быть точнымъ прибавлю, что одинъ изъ этихъ ящиковъ содержитъ 63 камня, скорѣе маленькихъ, чѣмъ большихъ; два другіе содержатъ 90 камней средней величины; 4-й представляетъ намъ 35 сростковъ объема немного болѣе средняго. Я бы могъ принести вамъ гораздо большее количество ихъ, но этихъ будетъ вполнѣ достаточно для моей демонстраціи, потому что они содержатъ нѣсколько замѣчательныхъ обращиковъ.

Какова-же та цѣль, которую мы собираемся достигнуть? Разбить камень на довольно маленькіе осколки, которые бы легко могли пройти чрезъ мочевой каналъ, и произвести это дробленіе съ наивозможно меньшимъ раздраженіемъ. Примѣняя къ камню силу, мы должны стараться не причинить ни малѣйшаго вреда, ни чувствительному каналу, чрезъ который мы должны пройти, а тѣмъ болѣе органу, столько-же чувствительному, въ которомъ помѣщается камень. Болѣе того, эта сила должна быть такъ примѣнена, чтобы произведенные осколки причинили минимумъ раздраженія. Въ сущности при

литотритіи мы должны бояться только двухъ родовъ опасности: ранить мягкія части инструментами, ранить эти самыя части угловатыми и острыми осколками, происходящими отъ операціи. Когда инструментъ будетъ доведенъ до возможности вредить наименьшимъ образомъ; когда мы научимся раскалывать камень почти безъ всякаго раздраженія; тогда, господа, мы дойдемъ до совершенства. При такомъ образѣ мыслей я всегда старался сокращать и упрощать мои инструменты и совершенно изгналъ изъ моей практики предварительныя впрыскиванія и послѣдовательныя промыванія каждый разъ, какъ только я могъ обойтись безъ нихъ.

До какой степени разрѣшили мы задачу? Что касается до камней, не переходящихъ извѣстнаго объема, я отвѣчу: вполнѣ! Состоитъ-ли камень изъ мочевой кислоты, изъ фосфорнокислой, или же изъ щавелево-кислой извести, если онъ не переходитъ извѣстныхъ границъ вѣса, или объема, я хочу сказать, если онъ величиною, на примѣръ, не больше орѣха, мы можемъ ручаться за полнѣйшій успѣхъ.

Обратите вниманіе на этотъ ящикъ: находящіеся въ немъ 63 камня происходятъ отъ больныхъ, средній возрастъ которыхъ, позвольте мнѣ вамъ напомнить, переходитъ за 60 лѣтъ. Между этими случаями нѣтъ ни одной смерти. Въ самомъ дѣлѣ, ни одинъ изъ этихъ камней не переходитъ только что названной величины. Я могу утверждать, что не имѣлъ ни одной смерти отъ литотритіи, примѣненной для камней одинаковой или низшей величины съ этими обращиками. Поэтому нѣтъ причины ожидать чего нибудь другаго, кромѣ успѣха при этихъ сросткахъ, которые, чтобы быть раздробленными, требуютъ двухъ или трехъ сеансовъ, если только дѣйствовать съ наибольшей осторожностію.

До этихъ поръ, значитъ, задача разрѣшена и разрѣшена со славой. Другое дѣло, если камень, много превышающій приведенную величину, требуетъ для его исторженія не два, а пять сеансовъ, и еще болѣе опасность увеличивается, когда число сеансовъ поднимается до 8 или 10.

Слѣдующіе два ящика представляютъ намъ около ста камней средней величины. Съ такой величиной, равняющейся приблизительно миндалю съ его скорлупою, результаты еще очень хороши и даже выше тѣхъ, какіе даетъ сѣченіе; но успѣхъ

не такъ вѣренъ, какъ въ предъидущихъ. Здѣсь мы можемъ уже представить извѣстную пропорцію умершихъ: приблизительно 1 на 12 или на 13 случаевъ.

Наконецъ, въ послѣднемъ ящикѣ, гдѣ собраны самые большіе камни, смертность еще болѣе повышается: она колеблется между 1 на 8 и 1 на 12. Очень возможно, что между камнями этой послѣдней категоріи, извѣстное число могло-бы съ большимъ успѣхомъ быть лечимо сѣченіемъ. Никто не дѣйствуетъ безошибочно, и всегда нужно принимать во вниманіе ошибки въ сужденіи. Тотъ самый умный, кто хорошо замѣчаетъ свои ошибки, если ему случается ихъ дѣлать, и обращаетъ ихъ потомъ въ столько-же поученій для будущаго. Я прибавлю еще къ этому, что свѣтъ, который блеститъ изъ совершившагося уже факта, замѣчательно облегчаетъ пониманіе того образа дѣйствій, котораго слѣдовало бы держаться.

Поэтому должно существовать извѣстное число случаевъ, при которыхъ выборъ операціи зависитъ отъ самыхъ тонкихъ деталей. Поземельная общность, извините за выраженіе, между этими двумя операціями дѣйствительно велика. Ни одинъ человѣкъ, какова-бы ни была его опытность, не можетъ провести между ними строгую границу и сказать: «эти обстоятельства требуютъ литотритіи, а тѣ условія вызываютъ необходимость сѣченія». Пограничная линія часто бываетъ шире, чѣмъ-бы я этого желалъ, и мы встрѣчаемъ много случаевъ, въ которыхъ невозможно заранѣе опредѣлить примѣнимость того или другаго способа. Напримѣръ камень, который достаточно великъ, чтобы быть раздробленнымъ, хотя и не переходящій за предѣлы величины, потребной для литотритіи, можетъ находиться въ пузырѣ, отлично способномъ перенести шесть сеансовъ. Съ другой стороны, дробленіе того-же камня у нервнаго больнаго, истощеннаго и раздражительнаго, составитъ требованіе свыше силъ организма.

Я не утверждаю этого факта, но только заявляю его возможность. Въ самомъ дѣлѣ, крѣпкій деревенскій житель, который во всю свою жизнь ни одного дня не лежалъ въ постели и который не зналъ, что значитъ быть больнымъ, до того дня, какъ у него образовался камень, часто хуже, чѣмъ кто либо другой перенесетъ пребываніе въ постелѣ и воспалительныя явленія. Тогда какъ больной, котораго боли принудили къ вамъ придти,

и который заранѣе трясется при мысли о послѣдствіяхъ, могущихъ произойти отъ вашего вмѣшательства, оказывается вашимъ отборнымъ паціентомъ и удивляетъ васъ счастливыми склонностями своего организма.

Что-же изъ этого слѣдуетъ, господа? То, что единственное средство съ успѣхомъ удалить камень, это взяться за него тогда, когда онъ еще малъ; и такъ какъ при этихъ условіяхъ успѣхъ вѣренъ, что я уже достаточно доказалъ, то изъ этого слѣдуетъ, что: *Распознаваніе существованія и величины камня въ пузырѣ имѣетъ громадное значеніе въ леченіи каменной болѣзни.*

Я утверждаю также, что не менѣе важно умѣть найти камень, когда онъ еще малъ, и опредѣлить его объемъ, какъ и впослѣдствіи съ искусствомъ оперировать его. Я желалъ даже идти далѣе,—если я не ошибаюсь, вы скоро будете одного мнѣнія со мною,—и сказать, что распознаваніе, такъ какъ я на него смотрю, превосходитъ въ стоимости искусную операцію. Вы не упрекнете меня въ преувеличеніи, что для блага больныхъ камнемъ и для будущности литотритіи, я-бы предпочелъ искусныхъ діагностовъ наилучшимъ операторамъ.... если-бы я не могъ имѣть обоихъ. И въ самомъ дѣлѣ, тайна успѣха скрывается, въ настоящее время, въ раннемъ распознаваніи; ибо кто изъ хирурговъ, достойный этого имени, и съ умѣренною опытностію не будетъ имѣть успѣха въ дробленіи маленькаго каменнаго сростка?

Вы видите, что только литотритія дала важность значенія распознованію камня; когда было нужно для всѣхъ камней безразлично рѣзать отъ промежности до пузыря, вопросъ о размѣрѣ камня былъ конечно безразличенъ; было достаточно только хорошо и вѣрно опредѣлить существованіе посторонняго тѣла. Литотомисту не было никакого дѣла до того, былъ-ли камень щавелевой, мочевой кислоты, или фосфорнокислый. Ему не было никакого интереса знать, легко или трудно камень поддавался дробленію, или-же его положительно невозможно было раздавить. Но нѣтъ никакого труда сдѣлать это крайне необходимое распознаваніе, о которомъ я говорю. Напротивъ, нѣтъ ничего легче, что я и хочу вамъ доказать, если только слѣдовать хорошой методѣ. Если вы въ эту минуту повѣрите мнѣ на слово и разсмотрите

съ другой стороны уже доказанную сравнительную безопасность литотритіи, мы логически можемъ вывести слѣдующее правило: *камнесѣченіе должно со временемъ быть окончательно выброшеннымъ въ леченіи всѣхъ, какъ малыхъ такъ и среднихъ по величинѣ камней.*

Вотъ фактъ, на которомъ, по моему мнѣнію, до сихъ поръ еще не довольно останавливалось вниманіе практиковъ. Дѣйствительно надо заключить, что всѣ усовершенствованія въ извлеченіи маленькихъ камней, уже полстолѣтія лишены всякаго интереса. Теперь, въ дѣлѣ небольшихъ сростковъ, намъ нечего дѣлатъ съ кровавой операціей. 63 камня этого ящика, полученные исключительно отъ людей престарѣлыхъ безъ хотя-бы одной смерти, могутъ состязаться со всѣми операціями сѣченія прошедшими, настоящими и будущими.

Но, скажутъ мнѣ, бываютъ нѣкоторыя исключительныя обстоятельства, способныя, не смотря на малость камня, служить противопоказаніемъ литотритіи. Напримѣръ узкость мочеваго канала можетъ помѣшать ввведенію литотритора въ мочевой пузырь.... Я не буду опровергать этого, но я еще мало жилъ, чтобы встрѣтить нѣчто подобное, хотя-бы одинъ разъ. Въ теченіи послѣднихъ лѣтъ мнѣ много приходилось дробить маленькихъ камней у больныхъ съ чрезвычайно узкимъ съуженіемъ, и вотъ какъ я поступалъ.

Нѣтъ ничего легче, какъ временно расширитъ какое-бы то ни было съуженіе съ помощью эластическаго зонда, оставленнаго à demeure впродолженіи нѣсколькихъ дней. Я и дѣлалъ это съ наилучшимъ успѣхомъ въ моихъ палатахъ въ «Univesity College Hospital». Я ставлю à demeure тонкій гибкій бужъ, и ежели, спустя нѣсколько дней, я получу каналъ приблизительно № 9, я усыпляю больнаго, вынимаю зондъ, ввожу маленькій литотриторъ,дроблю камень, вынимаю осколки и ставлю обратно зондъ. Чрезъ три дня, приблизительно, я повторяю тотъ же маневръ и поступаю такимъ образомъ, пока ничего болѣе не останется.

При подобномъ способѣ дѣйствій не представляется никакой трудности справляться съ маленькими камнями, какъ-бы упорно не было съуженіе. Однакоже такіе случаи очень рѣдки. Но при подобныхъ обстоятельствахъ только что приведенный вамъ

способъ долженъ быть предпочтенъ сѣченію, но повторяю только, когда дѣло идетъ о маленькомъ сросткѣ. Такимъ образомъ литотритія можетъ ручаться намъ за успѣхъ камней до средней величины; изъ этого слѣдуетъ, что ни больше, ни меньше, какъ двѣ желаемыя вещи разлучаютъ насъ отъ совершенства въ практическомъ разрѣшеніи великой задачи, о которой я говорю.

1) Изобрѣтеніе лучшаго способа для извлеченія большихъ камней;

2) Отысканіе лучшаго способа для открытія маленькихъ камней.

Я не имѣю намѣренія долго оставаться сегодня на первомъ вопросѣ, да и время не позволило-бы мнѣ этого сдѣлать. Я скажу только что, въ большинствѣ случаевъ, преимущество принадлежитъ конечно боковой операціи. Къ тому же этотъ вопросъ не новый, и мы могли-бы только снова разобрать его въ эту минуту.

Но второй, объявляю вамъ, имѣетъ полное достоинство новизны. Какъ-бы странно ни показалось вамъ это сужденіе, я повторяю вамъ, что распознаваніе камня не остановило еще на себѣ должнаго вниманія практиковъ, соотвѣтственно своей громадной важности. Мнѣ много и много разъ случалось встрѣчать въ пузырѣ людей маленькіе сростки, до тѣхъ поръ незамѣченные. И я въ этомъ никого не укоряю, потому что въ началѣ признаки каменной болѣзни, или, иначе говоря, припадки маленькаго камня, не были достаточно узнаны и изучены, а съ другой стороны, настоящее значеніе этого ранняго распознаванія начинается съ того дня, когда сила литотритіи, примѣненной къ свѣжимъ известковымъ сросткамъ, была рѣшительно доказана.

Да, господа, присутствовавъ однажды въ качествѣ свидѣтеля при зондированіи одного больнаго, я слышалъ, какъ въ слѣдующихъ словахъ выразили результаты изслѣдованія: «я радуюсь, что могу сказать вамъ, что у васъ въ пузырѣ нѣтъ ничего значительнаго, развѣ только тамъ, можетъ быть, есть маленькій камень, но въ сущности все обстоитъ благополучно». Такимъ образомъ больнаго поздравляли съ тѣмъ, что у него не было камня величиною съ куриное яйцо.

Но предположите, что въ тѣлѣ этого человѣка существо-

валъ известковый сростокъ величиною съ бобъ, я говорю, что открытіе его было-бы болѣе важно, чѣмъ открытіе громаднаго камня.

Почему? Потому что для большихъ камней мы имѣемъ только одно средство, и то сомнительное, если-же мы откроемъ постороннее тѣло прежде, нежели оно достигнетъ извѣстныхъ размѣровъ, то мы можемъ быть увѣрены, что спасемъ больнаго.

Вотъ основной фактъ, важность котораго не допускаетъ никакого преувеличенія, единственный, который можетъ и долженъ вести насъ, если только мы будемъ слѣдовать, руководясь имъ, къ цѣли, о которой я имѣю честь вамъ говорить: уничтоженію каменной болѣзни въ зрѣломъ возрастѣ. Какія-же практическія средства открыть камень въ его зачаткѣ? Какъ увѣриться въ его присутствіи, когда онъ еще малаго размѣра? Разсмотримъ сначала изслѣдованіе зондомъ. Необходимо употреблять легкій металлическій зондъ, который-бы легко можно было поворачивать въ пузырѣ и въ мочевомъ каналѣ. Только одно осторожное и быстрое движеніе способно вызвать замѣтный звукъ или ощущеніе соприкосновенія съ твердымъ тѣломъ, величиною съ горошину, помѣщающимся внутри пузыря. Вотъ почему выгодно употреблять инструментъ, который легко было-бы повертывать между большимъ и указательнымъ пальцами и управленіе которымъ не требуетъ вмѣшательства ни кисти, ни руки. Съ тою-же цѣлью наружный конецъ зонда долженъ быть цилиндрическимъ, и потомъ расширяться въ пластинку (см. рис. 21); модель этого зонда широко распространена въ Англіи и въ настоящее время принята почти вездѣ за границей. Кромѣ того, передній кончикъ инструмента долженъ быть очень коротокъ, что бы его можно было легко поворачивать во всѣхъ направленіяхъ. Для отысканія маленькаго камня необходимо, что-бы пузырь былъ пустъ, или почти пустъ. Я предпочитаю, чтобы больной за нѣсколько минутъ до зондированія помочился; во всякомъ случаѣ систематично избѣгаю впрыскиваній и др. предварительныхъ дѣйствій, примѣненіе которыхъ можетъ только помѣшать намъ въ достиженіи нашей цѣли.

Затѣмъ, положивъ больнаго на спину и приподнявъ немного тазъ его, если вы тихонько впустите инструментъ въ каналъ, то какъ бы камень ни былъ малъ, вы имѣете пять шансовъ

противъ одного задѣть поверхность камня кончикомъ зонда въ ту минуту, когда вы пройдете чрезъ шейку пузыря. Ощущеніе прикосновенія не можетъ ускользнуть отъ вниманія, если инструментъ, легко введенный, поддерживается только большимъ и указательнымъ пальцами; но если его толкать всею рукой, то такое легкое треніе можетъ пройти не замѣченнымъ.

Если вы ничего не нашли, сдѣлайте зондомъ два или три быстрыхъ полуоборота на право и на лѣво; если и этотъ маневръ будетъ безуспѣшенъ, то опустите немного конецъ инструмента, такъ, что бы вы могли повернутъ его передній кончикъ внизъ, къ шейкѣ пузыря, и сдѣлайте два или три подобныхъ движенія. Такимъ образомъ вы найдете въ пустомъ почти пузырѣ камень, если только онъ тамъ находится, и такимъ-же точно способомъ вы отыщете послѣдній маленькій осколокъ послѣ литотритіи.

Теперь бросьте взглядъ на прежніе тяжелые и толстые зонды, посмотрите на этотъ большой и длинный изгибъ, которымъ они оканчиваются, похожій приблизительно на обыкновенный катетеръ. Конечно подобнымъ инструментомъ вы можете найти большой камень, но маленькій — никогда, если только это не будетъ случайностью. Нѣсколько разъ, какъ въ Парижѣ, такъ и въ Лондонѣ, я демонстрировалъ присутствіе маленькаго камня и осколка величиною менѣе горошины, заставляя звучать постороннее тѣло помощію моего маленькаго зонда, съ цилиндрическимъ концомъ; затѣмъ, введя мой литотриторъ на то-же самое мѣсто, гдѣ я только-что произвелъ толчокъ, я вынималъ corpus delicti, т. е. цѣльный сростокъ на концѣ моего инструмента.

Я васъ попрошу, господа, не видѣть въ моихъ словахъ тщеславную апологію,—моей собственной ловкости это было-бы противъ моихъ желаній; но скорѣе вы должны видѣть въ этомъ только очевидное доказательство того, что можно сдѣлать, какъ вамъ, такъ и мнѣ, для отысканія небольшихъ камней помощію хорошаго способа и хорошихъ инструментовъ. Если-бы было иначе, я покинулъ-бы эту кафедру и отказался-бы поддерживать далѣе литотритію, потому что подобная операція не имѣетъ цѣны, если только она не въ состояніи вынуть весь камень. Если литотритія означаетъ лишь дробленіе, а не даетъ въ то-же время увѣренности въ извлеченіи послѣдняго осколка,

тогда будемте употреблять сѣченіе и только одно сѣченіе. Но, будьте покойны, литотритія стоитъ на высотѣ своего назначенія 19 разъ изъ 20. Я не спорю, чтобы отъ времени до времени не могъ представиться случай, въ которомъ послѣдній осколокъ, избѣжавъ вашихъ поисковъ, доставилъ-бы вамъ нѣкоторое безпокойство. Во всякой операціи, какъ-бы она ни была совершенна, всегда можетъ встрѣтиться препятствіе, но я утверждаю, что весьма рѣдко случается потерять послѣдній осколокъ, если только его будутъ искать въ пустомъ пузырѣ и съ литотриторомъ, подобнымъ этому, что можно дѣлать безъ малѣйшей опасности для органовъ. Само собою разумѣется, что излишне дѣлать подобное изслѣдованіе при двухъ или трехъ унціяхъ жидкости; это значило бы «искать иголку въ стогѣ сѣна». Въ водяной массѣ образуются токи жидкости въ разныхъ направленіяхъ подъ движеніями ложекъ или подъ вліяніемъ сокращеній пузыря и поддерживаютъ маленькій осколокъ въ положеніи постояннаго колебанія.

Разсмотримъ теперь первичные признаки и всѣ данныя, относящіяся къ образованію камней. Это наводитъ меня на одинъ животрепещущій вопросъ; какимъ образомъ случается, что камень пузыря, развитіе котораго такъ медленно, и припадки такъ ясно выражены, переходитъ извѣстный объемъ, не будучи узнанъ? Къ несчастью обыкновенно такъ и бываетъ; но меня удивляетъ то, что камень остается незамѣченнымъ въ то время, когда онъ достигъ уже значительныхъ размѣровъ. Я утверждаю, что болѣе половины оперированныхъ мною камней не были даже подозрѣваемы до тѣхъ поръ, пока ихъ затронули зондомъ. По этому позвольте мнѣ сказать, не теряя ни къ кому уваженія, а только, что бы высказать глубокое личное убѣжденіе, что начальные признаки каменной болѣзни мало извѣстны.

А между тѣмъ въ теченіе всей моей практики только раза два или три я видѣлъ отсутствіе явныхъ признаковъ начинающагося развитія камня. Что-же касается до меня, то мнѣ кажется, что невозможно тутъ ошибиться. Болѣе или менѣе значущіе симптомы могутъ, конечно, появиться внѣ всякаго развитія камня, но тутъ является зондъ, что бы произнести послѣдній приговоръ. Въ сущности мы такъ мало умѣемъ различать истинно больныхъ камнемъ, что наши классики увѣ-

ряютъ еще, будто камень въ своей наибольшей частости появляется у дѣтей, какъ разъ наоборотъ отъ дѣйствительности. Камень у дѣтей гораздо менѣе частъ, чѣмъ камень въ зрѣломъ возрастѣ и въ преклонныхъ лѣтахъ. Безъ сомнѣнія, въ таблицахъ большихъ госпиталей болѣе половины общей суммы камней относится къ малолѣтнимъ субъектамъ, что и было причиною, какъ я уже сказалъ, статистики съ столь малою смертностію при боковой операціи. Но только у бѣдныхъ дѣтей болѣзнь бываетъ относительно такъ часта; въ достаточномъ классѣ, напротивъ того рѣдко встрѣчаешь подобный случай до возмужалости. За то этотъ послѣдній классъ представляетъ значительно большее число примѣровъ на другомъ концѣ жизни, и онъ то, можно сказать, снабжаетъ насъ настоящей массой пораженныхъ каменной болѣзнію.

Какова-же обыкновенная типичная картина каменной болѣзни? Вы угадаете, что я имѣю въ виду лишь образованіе камней изъ мочевой кислоты и щавелево-кислой извести; фосфорно-кислые сростки, завися обыкновенно отъ мѣстнаго поврежденія, т. е. развиваясь въ пузырѣ, который не можетъ опорожниться, составляютъ отдѣльную категорію. Очень часто вы встрѣчаете человѣка съ здоровой и крѣпкой наружностію, предки котораго были долголѣтни, хотя почти всѣ подвержены подагрѣ; одинъ или два случая подагры существуютъ, можетъ быть въ настоящее время у родственниковъ въ боковой или восходящей линіи, или-же, можетъ быть, одинъ изъ предковъ страдалъ пескомъ, камнемъ и т. д. Достигнувъ зрѣлаго возраста, этотъ человѣкъ прежде всего замѣчаетъ въ своей мочѣ болѣе или менѣе упорное появленіе кирпичнаго осадка. Спустя короткое время, больной выпускаетъ уже песокъ, и при этомъ-то бываютъ, то нѣтъ серьезные приступы почечной колики. Когда это появляется, медицина можетъ конечно много сдѣлать для временнаго успокоенія больнаго, но къ несчастью если разъ буря прошла, то и никакое леченіе, ни режимъ не устанавливаются, съ цѣлію прекратить роковое и дѣятельное стремленіе къ мочекислымъ образованіямъ. Поэтому, спустя нѣкоторое время, показывается второй песокъ, затѣмъ третій... за тѣмъ болѣе ничего въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Между тѣмъ нѣсколько подозрительныхъ симптомовъ коварно появляются на сцену. На нихъ не обращаютъ большаго вни-

манія, тѣмъ болѣе, что въ теченіи послѣднихъ 9 или 10 мѣсяцевъ больной, противъ обыкновенія, не далъ вовсе песку.

Поэтому больной себя поздравляетъ и его поздравляютъ... Неосторожныя поздравленія! Что-же касается до подозрительныхъ признаковъ, никогда не затрудняются отыскать ихъ причину и приписываютъ ихъ «той маленькой слабости пузыря, которая въ старости появляется у всѣхъ». Грубое увлеченіе! Посмотримъ, въ чемъ состоятъ эти подозрительные симптомы. Я не говорю, что бы они особенно выдавались, но они довольно рѣзки, что бы дать опытному наблюдателю почти увѣренность, что этотъ періодъ остановки въ выдѣленіи песку означаетъ просто болѣе развившійся фазисъ болѣзни, и показываетъ, что сростокъ теперь черезъ чуръ объемистъ, что бы пройти чрезъ мочевой каналъ. Постороннее тѣло теперь расположилось въ пузырѣ, гдѣ оно продолжаетъ увеличиваться въ объемѣ, удерживая на своей поверхности весь излишекъ мочевой кислоты, приносимый мочею. И въ самомъ дѣлѣ, при изслѣдованіи вы находите, что мочеиспусканіе чаще повторяется днемъ при движеніи, чѣмъ ночью, во время отдыха, совершенно противоположно тому, что производитъ эта «старческая слабость», гипертрофія предстательной желѣзы, при которой желанія мочиться являются чаще ночью, чѣмъ днемъ. Вы замѣтите еще появленіе легкой боли, чувствуемой какъ уколъ иголкой на концѣ penis, подъ конецъ мочеиспусканія, между тѣмъ, какъ въ «слабости» эта боль, если и существуетъ, то, происходя отъ растяженія резервуара, предшествуетъ мочеиспусканію и исчезаетъ тотчасъ послѣ выхода мочи.

Наконецъ въ большинствѣ случаевъ, вы узнаете, что еще недавно, послѣ немного болѣе продолжительной прогулки, можетъ послѣ часовой или двухчасовой ѣзды на лошади, показалось не много крови при ближайшемъ мочеиспусканіи. Больной скоро забылъ объ этомъ; если онъ и жаловался, ему посовѣтовали не предаваться болѣе такимъ упражненіямъ, не подозрѣвая настоящей причины зла. Отсутствіе долгихъ прогулокъ пѣшкомъ, остановка въ катаніи верхомъ дѣйствительно предупреждаютъ возвраты гематуріи, и вотъ еще разъ всѣ успокоены. Когда я слышу подобную исторію, я положительно увѣренъ, что существуетъ одинъ или два маленькихъ камня въ

пузырѣ. Поэтому я ввожу мой зондъ и почти постоянно нахожу одинъ или нѣсколько маленькихъ камней.

Подобное открытіе не представляетъ ничего тревожнаго, и этотъ разъ мы имѣемъ полное основаніе поздравить больнаго, такъ какъ маленькій камень есть самая счастливая разгадка припадковъ, ибо, какъ я вамъ уже сказалъ, болѣзнь чаще всего захватываетъ субъектовъ, пользующихся хорошимъ здоровьемъ и одаренныхъ крѣпкимъ сложеніемъ.

На этомъ основаніи я имѣю право утвержать, что періодъ жизни между 55 и 75 годами представляетъ, по крайней мѣрѣ въ нашей странѣ, эпоху самую благопріятную для развитія каменной болѣзни.

Однакоже я признаю, что встрѣчаются нѣкоторыя лица, такъ боящіяся открытія камня въ ихъ пузырѣ, что они скорѣе Богъ знаетъ что бы вынесли, чѣмъ объявить о своихъ припадкахъ доктору. Это есть слѣдствіе того ужаса, который нѣкогда производила литотомія; это въ нѣкоторой степени наслѣдственный ужасъ, переданный поколѣніями; когда литотритія будетъ болѣе распространена, когда ея счастливое дѣйствіе на маленькіе камни будетъ лучше извѣстно, эти сопротивленія, наконецъ, исчезнутъ. Но въ настоящее время они составляютъ единственное исключеніе изъ правила: что камни всегда могутъ быть открыты, когда они малы.

Я чувствую теперь, что мнѣ придется ступать по зыбкой почвѣ и я буду подвигаться, повинуясь абсолютному чувству долга. Если-бы мнѣ случилось оскорбить нѣкоторыхъ изъ моихъ уважаемыхъ слушателей, я заранѣе выражаю самое искреннее сожалѣніе; но люди съ убѣжденіемъ, энергичные и трудящіеся отлично знаютъ, что единственная цѣль въ жизни не состоитъ въ стремленіи нравиться всѣмъ. Поэтому и высшее значеніе ранняго распознаванія камня заставляетъ меня сказать: невозможно лечить, какъ слѣдуетъ, болѣзни мочевыхъ органовъ безъ помощи зонда и катетера. Въ наше время не принято, какъ профессіональное условіе, чтобы наши собратья терапевты, употребляли эти инструменты; но имъ не запрещено это дѣлать, я говорю съ цѣлію распознаванія, а не операціи. Распознаваніе какой нибудь болѣзни мочевыхъ органовъ часто зависитъ отъ употребленія одного изъ этихъ инструментовъ, и не могло-бы быть произведено безъ него. Во всякомъ случаѣ че-

ловѣкъ, который хочетъ составить себѣ вѣрную идею объ этихъ болѣзняхъ, долженъ хорошо ознакомиться съ управленіемъ зондомъ, т. е. умѣть владѣть имъ нѣжно и легко, если того требуетъ случай. Подобное знаніе ему также необходимо, какъ и знаніе химическихъ и микроскопическихъ явленій, которыя представляетъ моча въ здоровомъ или больномъ состояніи, знаніе, наконецъ, безъ котораго я бы хотѣлъ, что-бы ни одинъ современный хирургъ не считалъ себя вправѣ исполнять свои обязанности.

Мнѣ возразятъ, быть можетъ, что если терапевтъ подозрѣваетъ существованіе камня, онъ всегда можетъ предложить хирургу зондировать больнаго. Отлично, если только онъ пришлетъ больнаго довольно рано Но къ чему подобное дѣленіе работы? Зачѣмъ врачъ употребляетъ стетоскопъ, это механическое изобрѣтеніе, назначенное для того, что-бы удлинить ухо, какъ сдѣланъ зондъ для удлиненія пальца. Кто въ настоящее время подумалъ-бы распознать грудную болѣзнь безъ помощи этого инструмента? И отчего врачи точно также не посылаютъ своихъ больныхъ къ хирургамъ, что-бы заставить изслѣдовать ихъ стетоскопомъ, такъ какъ здѣсь дѣло идетъ о механическомъ изслѣдованіи, оставляя для себя только назначеніе лекарства, согласно результату изслѣдованія? Отчего въ случаѣ заболѣванія мочевыхъ пучей врачъ подробно изслѣдовалъ бы наружную поверхность, помощію глазъ, ощупыванія и постукиванія, отчего, однимъ словомъ, занимаясь всѣми объективными симптомами и признаками болѣзни, онъ въ тоже время уклонился-бы отъ самаго главнаго изъ этихъ изслѣдованій—отъ изслѣдованія внутренности органовъ? Что подумаютъ наши дѣти о насъ и о нашемъ здравомъ смыслѣ, когда они узнаютъ, что въ этомъ же XIX ст. требовались два различные человѣка, что-бы распознать случай болѣзни мочевыхъ органовъ: одинъ для наружнаго изслѣдованія и для симптомовъ, другой для внутренняго.

Относятся-ли эти болѣзни къ терапіи или хирургіи, мнѣ это совершенно безразлично; но, ради успѣха, лучше если они открыто пойдутъ къ одной сторонѣ, и скорѣе къ той, которая будетъ въ состояніи сдѣлать точное и глубокое изслѣдованіе случая. Иначе, какъ я это хорошо знаю, камни не всегда будутъ открыты въ ихъ зачаткѣ, и больной, извините за грубую поговорку, «будетъ садиться между двухъ стульевъ».

Если я не ошибаюсь, я только что установилъ, что дробленіе маленькаго камня всегда счастливая и безопасная операція. Я думаю, что доказалъ вамъ также, что камень всегда можетъ быть открытъ, когда онъ малъ. И если все это вѣрно, то остается заключить, что литотритія единственная операція на будущее время для камней зрѣлаго возраста. Съ другой стороны невозможно игнорировать, что постоянные успѣхи гигіены и терапіи не менѣе трезвости и воздержанія окажутъ самое счастливое вліяніе на образованіе мочевой кислоты во время первыхъ фазисовъ болѣзни. Я самъ лично убѣжденъ, что съ настоящаго времени мы имѣемъ данныя, помощію надлежащаго леченія задержать образованіе камня болѣе дѣйствительнымъ образомъ, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ.

Такова будущность, которую я съ увѣренностью предсказываю этой злой болѣзни, которая была для человѣчества причиною столькихъ страданій и которая можетъ быть больше, чѣмъ какая другая, испытала на себѣ искусство и храбрость знаменитаго ряда, я хотѣлъ сказать великихъ жрецовъ хирургіи начиная отъ самыхъ отдаленныхъ временъ и до нашихъ. Когда это будущее наступитъ, это—вопросъ времени и человѣческаго прогресса; и если мы соединенными усиліями ускоримъ наступленіе эры, о которой я говорю, то мы не проживемъ напрасно. Съ своей стороны я бы не желалъ человѣку, какова-бы ни была его профессія, большей и благороднѣйшей цѣли его жизни.

ЛЕКЦІЯ XIII.

Начальный періодъ заболѣванія каменною болѣзнію и предупредительное леченіе.

Мм. Гг. Недавно мы разобрали и изучили различные способы операцій, которыми пользуется наука для извлеченія камня. Я имѣлъ возможность довольно часто вамъ ихъ показывать, потому-что въ теченіе послѣднихъ недѣль, въ нашихъ залахъ представилось одинадцать случаевъ, и во всѣхъ этихъ случаяхъ леченіе было успѣшно. Этотъ результатъ, какъ онъ ни прекрасенъ, тѣмъ не менѣе представляетъ еще, по моему мнѣнію, серьезный вопросъ, возникающій въ умѣ каждаго мыслящаго человѣка и не уступающій по своему значенію ни одному изъ вопросовъ, разсмотрѣнныхъ нами до сихъ поръ.

Я объясняюсь: не бываетъ-ли впродолженіе каменной болѣзни періода, предшествующаго тому, которымъ мы исключительно занимались до сихъ поръ, періода, когда было-бы возможно предупредить развитіе камня въ пузырѣ и избавиться, такимъ образомъ, отъ необходимости извлекать его механическими пособіями? Въ самомъ дѣлѣ, какъ-бы хороши не были тѣ результаты, которые даютъ намъ оперативные способы, какъ-бы хороши не были хирургическіе пріемы, не смотря наконецъ на все величіе побѣды, которую одерживаетъ хирургія, когда ей удается извлечь камень изъ глубины организма (что касается до литотритіи, то это выраженіе ничуть не преувеличено), я увѣренъ, что мало людей рѣшились-бы дать возможность пожинать подобные лавры на своихъ собственныхъ особахъ, когда-бы они могли поступить иначе. Всѣ-бы лучше согласились остановить камень въ его развитіи, чѣмъ подвергнуться извлеченію его со всевозможнымъ искусствомъ. Отсюда

возникаетъ вопросъ, который мы только что себѣ задавали: нельзя-ли какъ нибудь помѣшать развитію камня въ мочевыхъ путяхъ? Мы постараемся отвѣтить на этотъ вопросъ, изучивъ сегодня каменную болѣзнь въ началѣ ея развитія.

Спѣшу сказать вамъ, что мы многое можемъ сдѣлать по части профилактики. Но прежде, чѣмъ коснуться сущности предмета, мы должны рѣшить одинъ вопросъ. Изъ разнаго рода камней, вы знаете, что камни не похожи другъ на друга, который-же лучше всего поддается профилактическому леченію?

Начало всякаго камня бываетъ мѣстное, или конституціональное. Подъ словомъ «мѣстное» я разумѣю то начало, которое находитъ свои условія въ болѣзни мочеваго резервуара, но никакъ не въ недостаткахъ цѣлаго организма; подъ «*конституціональнымъ*»—начало связанное съ общимъ болѣзненнымъ состояніемъ, или съ уклоненіемъ питанія цѣлаго организма. Большая часть камней происхожденія конституціональнаго. Камни мѣстнаго развитія, какъ вы знаете, могутъ быть остановлены въ ихъ образованіи только механическими средствами; здѣсь нужно удалить каменистое вещество, зачатки котораго зарождаются въ пузырѣ, а для этого вы имѣете дробленіе и раствореніе. Чтоже касается до происхожденія камней конституціональныхъ, единственные, о которыхъ я намѣренъ сегодня бесѣдовать съ вами, ихъ зачатки происходятъ изъ крови и механическими средствами нельзя и думать предупредить ихъ образованіе.

Наблюденіе показываетъ намъ, что изъ 20 камней конституціональнаго происхожденія 19 образуются мочевою кислотою и одинъ щавелево-кислой известью *). Что-же касается до фосфорно-кислыхъ камней конституціональнаго происхожденія, то они чрезвычайно рѣдки. Въ практикѣ задача сводится на слѣдующій вопросъ: „какое наилучшее средство для предупрежденія развитія камня мочевой кислоты?“

Возьмемъ случай въ самомъ его зачаткѣ, въ то время, какъ онъ является только въ видѣ постояннаго осадка мочевой кис-

*) Смѣшанные сростки изъ щавелево-кислой извести и мочевой кислоты также часто встрѣчаются, какъ и камни изъ чистой мочевой кислоты; поэтому практически мы можемъ ограничиться упоминаніемъ только объ этихъ послѣднихъ.—*Томсонъ.*

лоты въ мочѣ. Мы могли-бы даже, поднявшись выше, найти первые зачатки болѣзни въ наслѣдственности; подобный примѣръ вы уже видѣли въ нашихъ залахъ. Вспомните того больнаго съ камнемъ мочевой кислоты, который говорилъ намъ, что его отецъ страдалъ пескомъ, или камнемъ послѣдніе 20 лѣтъ своей жизни. Такимъ образомъ результаты моего опыта въ этомъ дѣлѣ всѣ сводятся къ одному знаменателю. Почти постоянно я узнаю отъ всякаго больнаго, явившагося ко мнѣ съ продуктомъ изъ мочевой кислоты въ пузырѣ, что каменная болѣзнь, или, чаще еще, расположеніе къ подагрѣ, уже проявлялись въ ихъ семействѣ. Это-то и заставляетъ меня смотрѣть на lithiasis, какъ на наслѣдственное заболѣваніе въ высшей степени.

Мы говоримъ о ракѣ и преимущественно о бугорчаткѣ, что они съ кровію передаются однимъ поколѣніемъ другому. Я же очень сомнѣваюсь, чтобы наслѣдственность этихъ двухъ діатезовъ была также неизбѣжна, какъ предрасположеніе къ отложеніямъ мочевой кислоты въ томъ или другомъ видѣ. Я взялъ себѣ за правило разспрашивать объ этомъ всѣхъ больныхъ, являющихся ко мнѣ съ подобнымъ заболѣваніемъ, и хотя у меня въ настоящую минуту нѣтъ точныхъ цифръ подъ рукою, но я смѣло могу васъ увѣрить, что въ большинствѣ случаевъ песокъ или подагра, (тождественность которыхъ по отношенію къ происхожденію я предоставляю себѣ вамъ доказать), произвели свои жертвы въ предъидущемъ поколѣніи.

Наслѣдственное вліяніе, конечно, не проявляется съ одинаковой силой во всѣхъ семействахъ. Рядомъ съ лицами, которыя съ 30-го года, и даже иногда раньше, находятъ въ своей мочѣ упорные осадки мочевой кислоты, вы находите другихъ, которыя заболѣваютъ въ 40 и даже 60 лѣтъ. Скорость развитія болѣзни точно отвѣчаетъ степени наслѣдственнаго вліянія и стойкости пораженія.

Посмотримъ теперь, какими признаками начинаетъ проявляться болѣзнь? Обыкновенно первый припадокъ состоитъ въ *осадкѣ кирпично-краснаго цвѣта,* который моча, охлаждаясь, оставляетъ на днѣ сосуда, или же эта жидкость, охлаждаясь, дѣлается мутною. Случается также, что поверхность мочи покрывается тонкой плевой, которая неясно отражаетъ цвѣта призмы. Во время изверженія моча совсѣмъ свѣтла; она мут-

нѣетъ только съ пониженіемъ температуры; поэтому и ягленіе это чаще замѣчается зимой, чѣмъ лѣтомъ. Это есть результатъ осажденія солей, которыя, растворяясь при извѣстной температурѣ, постепенно осаждаются съ охлажденіемъ жидкости и могутъ снова раствориться, если растворъ приметъ прежнюю температуру.

При отсѣдѣ подобной мочи больные очень безпокойны, хотя мало имѣютъ для этого основаній; только продолжительность и постоянство осадка кирпичнаго цвѣта могутъ быть серьезнымъ признакомъ конституціональной дискразіи, извѣстной подъ именемъ «мочекислаго діатеза». Я съ намѣреніемъ говорю *«продолжительность»* и *«постоянство»* или по меньшей мѣрѣ *«частое повтореніе»* явленія; потому что, внѣ всякаго наслѣдственнаго расположенія, если-бы мы съ вами, напримѣръ, выпили немного болѣе обыкновеннаго пива, или, въ какомъ нибудь исключительномъ случаѣ стаканъ шампанскаго или нѣсколько рюмокъ портвейну, мы на другое утро нашли-бы нашу мочу чрезвычайно сгущенною. Отдѣляемое, вмѣсто обычной прозрачности, представится въ видѣ слабаго гороховаго пюрэ, или же напомнитъ собою микстуру магнезіи съ ревенемъ. Нагнувъ сосудъ, вы увидите на его стѣнкахъ кайму или красноватый кругъ, означающій вышину, до которой достигла жидкость; и все это, повторяю, растворяется подъ вліяніемъ тепла.

Непрозрачность мочи, какой-бы, впрочемъ, ни былъ ея цвѣтъ, начиная отъ нѣжно-розоваго и кончая темно-краснымъ, означаетъ только изобильное и быстрое отдѣленіе мочекислыхъ солей натра, кали, или извести и пр., перемѣшанныхъ въ извѣстной пропорціи. Но ежели, не отступая отъ діэты,—единственное, что можно себѣ позволить, это небольшой пріемъ какого бы то ни было алькоголя,—если, говорю я, моча больнаго содержитъ тѣ примѣси, которыя я вамъ только что привелъ,—если она оставляетъ въ короткій промежутокъ времени отсѣдъ мочевой кислоты въ видѣ кристаллизированной пыли, собранной на днѣ сосуда и похожей на порошокъ, истолченный изъ кайенскаго перцу, если, наконецъ это явленіе показывается въ молодые годы, напримѣръ до сорокалѣтняго возраста, то нечего болѣе сомнѣваться, что здѣсь дѣло клонится къ произведенію съ избыткомъ мочевой кислоты, все равно

наслѣдственное, или пріобрѣтенное. Однакоже наслѣдственность играетъ всегда главную роль, хотя діатезъ и можетъ явиться въ пріобрѣтенной формѣ, или сдѣлаться болѣе тяжелымъ, смотря по образу жизни больнаго.

Вотъ обращикъ мочи, которая, какъ вы видите, мутна, вслѣдствіе отложившихся въ ней различныхъ мочекислыхъ солей и на ней я повторю вамъ уже знакомый вамъ опытъ, такъ какъ я часто дѣлаю это въ нашихъ залахъ. Я нагрѣваю жидкость.... Замѣтьте, какъ она свѣтлѣетъ, по мѣрѣ повышенія температуры. Теперь я ей дамъ остыть, но чрезъ нѣсколько минутъ, еще въ теченіе этой лекціи, вы увидите, что она снова помутнѣетъ; подобное явленіе, повторяю вамъ, можетъ случиться съ мочей самаго здороваго человѣка, и только стойкость этого симптома должна возбудить въ васъ мысль о патологическомъ состояніи и убѣдить васъ въ необходимости начать леченіе.

Мы знакомы теперь съ исторіей болѣзни до того времени, когда появляется отдѣленіе маленькихъ кристалловъ, похожихъ на порошокъ кайенскаго перца. У меня здѣсь нѣсколько хорошихъ обращиковъ, полученныхъ отъ больныхъ, въ мочѣ которыхъ постоянно ихъ можно было найти. Они состоятъ, большею частію, изъ прозрачныхъ ромбоидовъ мочевой кислоты, красотою которыхъ вы не разъ любовались съ помощію микроскопа. Нѣкоторые паціенты даютъ ихъ каждый день, довольно долгое время; другіе замѣчаютъ ихъ въ своей мочѣ только въ промежутокъ нѣсколькихъ недѣль. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ этотъ продуктъ выдѣляется въ значительномъ количествѣ и съ замѣтною болью; при каждомъ возвращеніи такого состоянія больной чувствуетъ боли въ поясницѣ и общее нездоровье; тогда говорятъ, что съ нимъ сдѣлался приступъ «отдѣленія песку». Приступы повторяются въ разные промежутки времени, дѣлаются все сильнѣе и чаще до тѣхъ поръ, пока не будетъ примѣнено правильное леченіе.

Въ эпоху болѣе отдаленную отъ начала, больной выдѣляетъ чрезъ мочевой каналъ маленькіе сростки, настоящіе камни въ миньятюрѣ, gravies, которые суть ничто иное, какъ соединеніе тѣхъ самыхъ кристалловъ въ небольшія округленныя массы. Эти послѣднія, въ свою очередь, постоянно увеличиваются въ объемѣ, они могутъ достигнуть величины горошины, или боба,

но въ сущности это все тотъ же продуктъ, т. е. мочевая кислота въ различныхъ сочетаніяхъ и съ разными основаніями, о которыхъ я вамъ уже говорилъ.

Прежде, чѣмъ идти далѣе, позвольте мнѣ представить вамъ причину тѣснаго родства, существующаго между проявленіями подагры и появленіемъ мочевой кислоты въ отдѣляемомъ почекъ. Меня сначало поразило одно обстоятельство: частое очередованіе, которое наблюдается при переходѣ болѣзни изъ одного поколѣнія въ другое. Такимъ образомъ, если подагру показываетъ одно поколѣніе, песокъ покажется у слѣдующаго, чтобы снова уступить мѣсто подагрѣ въ третьемъ поколѣніи. Мало того, одинъ и тотъ-же больной можетъ испытывать по очереди припадки подагры и приступы выдѣленія песку. Я самъ видѣлъ больнаго, который впродолженіи многихъ лѣтъ былъ мучимъ подагрой, и у котораго артритическія боли внезапно остановились на нѣсколько мѣсяцевъ, послѣ чего я нашелъ въ его пузырѣ уже совсѣмъ образовавшійся камень мочевой кислоты.

Химическій анализъ, въ свою очередь, подтверждаетъ всѣ данныя наблюденія. Есть положительное тождество между произведеніями каменной болѣзни и отложеніями, которыя, въ болѣе развитой періодъ подагры, обезображиваютъ сочлененія паціентовъ, это все та-же мочевая кислота, обыкновенно соединенная, какъ съ основаніемъ, съ натромъ. Такимъ образомъ нѣтъ никакого сомнѣнія, что обѣ болѣзни происходятъ отъ одного начала; это два ряда явленій, находящіяся въ связи съ одной и той же причиной: мочекислая дискразія.

Какія же наши предохранительныя средства (профилактика) противъ этого болѣзненнаго состоянія? Какимъ родомъ леченія можемъ мы остановить постоянные успѣхи *діатеза*? Какимъ образомъ помѣшать образованію камня, размѣры котораго не позволили-бы намъ больше надѣяться на его самопроизвольный выходъ? Я предполагаю, что больной явился къ намъ довольно рано, что случается къ сожалѣнію далеко не всегда. Прежде всего надо выдѣлить ту категорію больныхъ, которые испытываютъ страхъ при первыхъ признакахъ болѣзни и смотрятъ какъ на нѣчто важное, на простое сгущеніе мочи, или на случайное образованіе кирпичнаго отсѣда. Я видѣлъ людей, которые просто дѣлались ипохондриками, не зная, что эти отло-

женія вначалѣ не представляютъ большой важности и легко поддаются правильному леченію.

Но что мы можемъ сдѣлать для другой, дѣйствительно важной категоріи больныхъ, которые жалуются на постоянное образованіе въ ихъ мочѣ кристалловъ перцово-краснаго цвѣта или даже маленькихъ камушковъ? Мы начнемъ съ того, что поразспросимъ больнаго о всѣхъ предъидущихъ признакахъ болѣзни, о его образѣ жизни, привычкахъ, о зачаткахъ діатеза существовавшихъ въ его семействѣ и затѣмъ послѣдовательно опредѣлимъ наше леченіе. Прежде чѣмъ перечислить вамъ наши средства, позвольте мнѣ бросить философскій взглядъ на общіе принципы, которые будутъ руководить нашими дѣйствіями. Къ случаямъ, насъ занимающимъ, часто примѣняютъ терпевтическіе способы, которые, по простотѣ, не имѣютъ себѣ равныхъ. Если моча нѣкоторое время и довольно постоянно отдѣляетъ кислый осадокъ, то прописываютъ щелочи. Если же мочевой осадокъ на оборотъ щелоченъ, то лечутъ кислотами. Этотъ образъ дѣйствій, какъ вы видите весьма простой, составляетъ часто главную часть леченія. Такъ въ первомъ случаѣ назначаютъ въ большомъ количествѣ кали, или натръ, или-же прописываютъ паціенту извѣстное число стакановъ Виши, т. е. даютъ крѣпкій натуральный растворъ углекислаго натра, вмѣсто искуственнаго раствора. Неопровергаемо, что щелочи въ достаточномъ количествѣ не замедлятъ уничтожить осадокъ мочи; мочевая кислота не осѣдаетъ болѣе съ такой силой, отдѣляемое почекъ теряетъ свои раздражающія свойства и всѣ припадки болѣзни поправляются, или-же пропадаютъ совершенно. Нечего и говорить, что больной съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе доволенъ, какъ увеличавающейся прозрачностью своей мочи, такъ и исчезновеніемъ тѣхъ осадковъ, которые дѣлали ее мутной.

Вы меня навѣрное спросите, чего-же болѣе желать? Вотъ мое возраженіе: вы только сдѣлали врага невидимымъ, но ничуть отъ него не избавились; вы никакимъ образомъ отъ него не избавились; вы никакимъ образомъ не искоренили избытка образованія мочевой кислоты—причины всего зла. Организмъ производитъ ея столько же, сколько было и до сихъ поръ, только мочевая кислота и мочекислыя соли, будучи растворены въ щелочахъ, дѣлаются незамѣтными, и больше ничего. Вы зна-

ете исторію страуса, который, преслѣдуемый охотниками, прячетъ голову въ кустѣ и думаетъ, что онъ въ безопасности, такъ какъ не видитъ болѣе своихъ враговъ. Точно такую же помощь окажете вы нашему больному, если вы исключительно остановитесь на водѣ Виши и на щелочахъ. Мочевая кислота скроется отъ вашихъ глазъ, но ничуть не пропадетъ. Конечно общее состояніе паціента будетъ немного поддерживаться съ помощію щелочей, но настоящее его благосостояніе будетъ всегда ниже кажущагося улучшенія, и только что остановятъ леченіе, отсѣдъ снова покажется въ мочѣ. Мочегонныя средства подлежатъ тѣмъ же упрекамъ, они способствуютъ увеличенію водянистой части мочи и облегчаютъ такимъ образомъ раствореніе твердыхъ веществъ. Въ обоихъ случаяхъ вы достигнете только усиленія почечной дѣятельности, которая была уже безъ того слишкомъ велика; но вы ни въ какомъ случаѣ не уничтожаете болѣзни.

Попробуемъ еще подробнѣе разсмотрѣть настоящее начало мочекислой дискразіи; тогда мы будемъ болѣе въ состояніи препятствовать ея развитію болѣе соотвѣтствующимъ леченіемъ. Моя профессія часто давала мнѣ случай слѣдить за этою патогеническою задачею, потому что страхъ достигнуть періода образованія камня привлекаетъ ко мнѣ массу людей, которые спѣшатъ идти за совѣтами при появленіи первыхъ признаковъ и съ желаніемъ столько же горячимъ, сколько и законнымъ, предотвратить конечную развязку болѣзни, т. е. камень. Не имѣя никакого намѣренія посылать всѣхъ этихъ больныхъ въ Виши или давать имъ щелочныя соли, я стараюсь болѣе серьезнымъ образомъ служить ихъ интересамъ, благодаря совершенно другой системѣ леченія.

Я ставлю себѣ въ принципъ, что появленіе подагры, точно также и излишекъ отдѣленія мочевой кислоты въ почечномъ отдѣляемомъ, есть результатъ недостаточной ассимиляціи въ пищевыхъ путяхъ и въ органахъ, которые связаны съ ними солидарностію функцій. Малое количество времени, которымъ я могу располагать, заставляетъ меня выражаться короче; къ несчастью также небольшой объемъ нашихъ знаній по этому предмету не позволилъ-бы мнѣ можетъ быть войти въ желаемыя подробности. Я очень хорошо знаю, что практики не стѣсняются говорить со всею строгостію знатока о печени, о ея дѣ-

ятельности, объ ея гигіеническихъ и болѣзненныхъ условіяхъ т. д.; но къ сожалѣнію, о всѣхъ этихъ вещахъ, мы многое еще должны узнать. Не такъ давно еще мы разсуждали и дѣйствовали, какъ будто-бы строеніе печени и ея физіологія не имѣли болѣе тайнъ для насъ, между тѣмъ въ эти послѣдніе пятнадцать—двадцать лѣтъ, Кл. Бернардъ, Пави и др. снова затронули эту отрасль науки и доказали намъ недостатокъ нашихъ знаній о дѣятельности печени въ нормальномъ состояніи и особенно въ болѣзненномъ. Если какой нибудь фактъ казался доказаннымъ, особенно работами Абернети, это конечно специфическое дѣйствіе ртути на печень; теперь-же мы имѣемъ основаніе думать, что такого рода вліяніе совсѣмъ не существуетъ. Конечно знали, что другія вещества раздѣляли со ртутью это дѣйствіе на печень, но никому никогда и въ голову-бы не приходило оспаривать у знаменитаго лекарства способность усиливать, такъ сказать по волѣ терапевта, отдѣленіе желчи. Не мое дѣло доказывать вамъ, что можетъ быть вѣрнаго и несправедливаго въ этомъ древнемъ догматѣ. Тѣмъ не менѣе кажется доказано, что мы не должны болѣе ему вѣрить.

Говоря вамъ здѣсь о «недостаткѣ дѣятельности», или вѣрнѣе, «объ атоніи» печени, я имѣю въ виду пользоваться только терминами, такъ сказать временными, за неимѣніемъ другихъ, которые почти для всего свѣта означаютъ извѣстную группу симптомовъ, каковы наприм.: постоянный, или частый недостатокъ выдѣленій кишечнаго канала. потеря аппетита, или же медленное и трудное пищевареніе. Эти послѣдніе симптомы (anorexia и dyspepsia) всего чаще отсутствуютъ, если больной въ точности держитъ предписанную діэту, или же если онъ живетъ на открытомъ воздухѣ и предается большому моціону. Въ противномъ же случаѣ является неправильность желудочныхъ отправленій, а съ нею и цѣлый рядъ разнообразныхъ страданій, о которыхъ вы уже знаете. Но зависитъ-ли все это дѣйствительно отъ бездѣйствія печени? Я не могу утверждать этого положительнымъ образомъ, но вопросъ не въ этомъ; въ настоящее время достаточно намъ, чтобы мы подразумѣвали извѣстное патологическое состояніе, и чтобы обозначить его, я долженъ пользоваться общепринятыми терминами до тѣхъ поръ, пока онѣ не будутъ замѣнены другими, болѣе правильными.

Такимъ образомъ въ основѣ этого стремленія организма производить въ излишествѣ мочевую кислоту, лежитъ часто «малая дѣятельность печени». Печень, или другой какой нибудь однородный съ нею органъ не выдѣляетъ того количества соковъ, какое онъ долженъ былъ-бы выдѣлять согласно своей отдѣлительной роли; дополнительная и замѣняющая роль падаетъ тогда на почки, и тогда въ выдѣленіи этихъ желѣзъ появляется ненормальное количество мочекислыхъ соединеній, уратовъ: плотныя вещества, или, вѣрнѣе, нѣкоторыя изъ этихъ веществъ, которыя входятъ въ физіологическій составъ мочи, значительно увеличиваются. Количество мочевины не должно непремѣнно увеличиваться, но количество мочевой кислоты постоянно возрастаетъ, и моча уноситъ громадныя массы этой кислоты не только въ растворенномъ состояніи, но и въ формѣ кристаллическихъ осадковъ.

Мочевая кислота совсѣмъ не растворяется въ водѣ; и если извѣстная часть ея и можетъ быть растворена, такъ это только благодаря той возвышенной температурѣ, какую моча еще имѣетъ въ пузырѣ (100° Ф.). Если-же жидкость, уже разъ отдѣленная, потеряетъ свою физіологическую температуру, упадетъ наприм. до 50°, 60° или 40° Ф., кислота осѣдаетъ. Наконецъ, если количество мочевой кислоты еще болѣе увеличится, органической температуры уже не будетъ достаточно для поддержанія ея въ растворенномъ состояніи, и мы увидимъ, что она будетъ осаждаться въ мочевыхъ путяхъ. Съ самаго появленія въ почкѣ, моча оставляетъ иногда песочекъ, который если его не изгонять, служитъ зародышемъ камня, сначала почечнаго, но который въ большинствѣ случаевъ, рано или поздно, обратится въ настоящій камень пузыря.

Если все это дѣйствительно вѣрно, то вы понимаете теперь, почему образованіе мочеваго песку не можетъ ни какимъ образомъ служить доказательствомъ постояннаго патологическаго состоянія почечныхъ желѣзъ. Напротивъ, если почки выполняютъ работу, то это потому, что онѣ здоровы и излишнею работою вознаграждаютъ недостаточную дѣятельность какого либо другаго органа. Лучшимъ средствомъ будетъ, конечно, не возбуждать почекъ, которыя уже довольно работаютъ, и, извините за выраженіе, не погонять кнутомъ коренную лошадь, которая тянетъ изо всѣхъ силъ, но поискать въ упряжи не

довольно тянущую лошадь. Значитъ самая лѣнивая въ упряжи организма—это почти всегда печень, въ томъ смыслѣ и съ тѣми оговорками, которыя я вамъ уже представилъ.

Поэтому въ вашей терапіи вы прежде всего будете имѣть слѣдующую цѣль: побуж ,ать дѣятельность отдѣлительно-испразнительную первыхъ путей, не причиняя вреда ихъ жизненной энергіи. Въ ртути мы находимъ драгоцѣннаго агента для выполненія этого показанія. Неоспоримо, что ртутные препараты, принятые во время и въ умѣренныхъ дозахъ, съ успѣхомъ предупреждаютъ появленіе симптомовъ, которые мы въ настоящее время имѣемъ въ виду. Я не думаю впрочемъ, чтобы препараты ртути, по своей силѣ и безвредности, стояли на одной высотѣ съ другаго рода измѣняющими средствами, т. е. съ извѣстными натуральными минеральными водами. Чтобы вызвать дѣятельность печени въ занимающей насъ болѣзни, я гораздо болѣе расчитываю на благопріятный успѣхъ гидро-минеральнаго леченія, чѣмъ на дѣйствіе taraxaci, acidi nitrici, щелочей и другихъ лекарствъ, на которыя смотрятъ въ подобныхъ случаяхъ, какъ на замѣняющія ртуть.

Минеральныя воды, на которыя я намекаю, составляютъ часть группы натуральныхъ источниковъ, которые всѣ содержатъ сѣрно-кислый натръ, въ соединеніи, или нѣтъ съ сѣрно-кислой магнезіей. Мы одинаково займемся изученіемъ, какъ ихъ состава, такъ и ихъ терпевтическихъ особенностей. Я васъ попрошу забыть на время ваши свѣдѣнія относительно количества соляныхъ веществъ, содержащихся во всѣхъ этихъ водахъ въ растворенномъ состояніи, такъ какъ небольшія количества цѣлебныхъ веществъ, по причинѣ молекулярнаго состоянія, въ которомъ они находятся въ натуральныхъ минеральныхъ водахъ, дѣйствуютъ гораздо успѣшнѣе, чѣмъ-бы они дѣйствовали въ растворѣ, полученномъ обыкновеннымъ фармацевтическимъ путемъ. Вы, конечно, попросите у меня доказательство того, что я утверждаю; я готовъ вамъ дать его, но прежде попрошу васъ замѣтить, что нѣтъ ничего общаго, какъ относительно количества, такъ и способа назначенія между маленькими цѣлебными дозами, заключающимися въ минеральныхъ водахъ, и безконечно малыми дозами гомеопатическими. Значитъ вы знаете, что давъ наприм. А унцію соли, а В $^1/_2$ унціи, вы вызовете послабленіе у А и В. Но вы можете получить у обоихъ совершенно одинакій результатъ при

дозѣ въ пять разъ меньшей, если этотъ пріемъ былъ приготовленъ въ природной лабораторіи, подъ видомъ минеральной воды. Вотъ фактъ, столько-же любопытный, сколько и отлично установившійся и который я вамъ представляю такимъ, какой онъ есть на самомъ дѣлѣ, не позволяя себѣ никакой гипотезы для его разъясненія. Я приведу вамъ слѣдующій доводъ того преимущества въ дѣйствіи, которымъ владѣютъ соляные составы натуральныхъ источниковъ.

Заставьте тщательно, какъ я это сдѣлалъ самъ, и до суха испариться извѣстное количество минеральной воды, вы увидите, что оставшаяся кристаллизованная соль въ силѣ дѣйствія не будутъ отличаться замѣтно отъ тѣхъ-же солей, полученныхъ обыкновеннымъ химическимъ способомъ, и которыя можно найти во всѣхъ аптекахъ. Испареніе лишитъ ихъ только части тѣхъ свойствъ, которыя онѣ имѣли въ водѣ—матери. Вы видите изъ этого необходимость употреблять настоящія минеральныя воды, потому что искуственныя, какъ-бы онѣ ни были хорошо приготовлены, въ сущности суть только произведенія аптекарей и лишены тѣхъ свойствъ, которыя присущи тѣмъ-же растворамъ въ натуральномъ ихъ состояніи.

Слѣдующее краткое обозрѣніе обозначаетъ въ гранахъ составъ въ англійской пинтѣ упомянутыхъ нами водъ. Я не прибавилъ къ нему ни хлористаго натра, ни другихъ маловажныхъ веществъ. Я поставилъ подрядъ двѣ хорошо извѣстныя щёлочныя минеральныя воды.

Источники:	Сѣрнокислый натръ.	Сѣрнокислая магнезія.	Углекислый натръ.	Побочныя вещества.
Соленыя воды:	гр.	гр.	гр.	гр.
Пульна	154	116	—	—
Фридрихсгаль	58	49	—	—
Маріенбадъ (Крейцъ) . .	48	—	9	Немного желѣза.
Карльсбадъ (Шпрудель) .	25	—	13	
Франценсбадъ	30	—	6	Немного желѣза.
Щёлочныя воды:				
Виши (Целестинъ). . .	3	—	47	Немного желѣза.
Валь (Магдалина). . .	—	—	65	Немного желѣза,

Самая сильная изъ этой группы, это вода *Пульна*, потому что она содержитъ 154 грана или приблизительно $2^1/_2$ драхмы сѣрнокислаго натра на пинту, и почти 2 драхмы сѣрнокислой магнезіи. Подобной дозы было-бы достаточно, чтобы хорошенько прослабило кого-бы то ни было. Но вы не должны предписы-

вать пинту воды Пульна: 5 унцій совершенно достаточно. Вообще я не люблю воду Пульна при той болѣзни, которой мы занимаемся: она слишкомъ слабитъ, часто производитъ колики и дѣлается отвратительною для больнаго. Полдрахмы сѣрнокислой соды и по меньшей мѣрѣ столько-же сѣрнокислой магнезіи, (5 унц. настоящей воды) составляютъ довольно сильную дозу для многихъ лицъ.

Я охотнѣе предпочитаю *Фридрихсгальскую* воду, которая не содержитъ и 1 дрх. сѣрнокислаго натра на пинту и немного болѣе $^3/_4$ драх. сѣрнокислой магнезіи. Тѣмъ не менѣе не надо и думать давать цѣлую пинту: 8 или 9 унц., а для нѣкоторыхъ особъ 6 или 7 совершенно достаточно; я считаю даже 7 унц. за хорошую среднюю дозу, которая, въ тепломъ видѣ, должна быть смѣшана съ $^1/_3$, или $^1/_2$ горячей воды. Если вы примете рано утромъ, т. е. за часъ до перваго завтрака 7 унц. Фридрихсгальской воды, и если черезъ часъ вы проглотите одну или двѣ чашки того напитка, которые обыкновенно при этомъ пьютъ (чай или кофе), очень вѣроятно, что васъ въ теченіе дня разъ, а можетъ быть и два отлично прослабитъ.

Замѣтьте, что вы получите подобный результатъ съ 25 гр. сѣрнокислаго натра и 20 гр. сѣрнокислой магнезіи, которые не произвели-бы видимаго успѣха, если-бы вы купили ихъ у аптекаря. Вы почувствовали-бы, можетъ быть, нѣкоторое нездоровье, но на самомъ дѣлѣ ни малѣйшаго послабленія кишечника. Повторяю: если вы заставите въ банѣ испариться извѣстное количество Фридрихсгальской воды такимъ способомъ, что получите въ стаканѣ всю кристаллизаціонную соль, т. е. такую же отличную соль, какая получается и въ аптекахъ, и ежели вы даже назначите пріемъ въ 4 раза больше, нежели содержитъ дѣйствующая доза настоящей воды, вы все таки не получите того значительнаго и вѣрнаго успѣха, какъ съ небольшимъ количествомъ настоящей минеральной воды, о которой я вамъ только что говорилъ. Слѣдовательно есть нѣкоторыя особенности, которыхъ я не берусь объяснить, но которыя отличаютъ дѣйствіе настоящихъ минеральныхъ водъ отъ дѣйствія солей, приготовленныхъ въ аптекахъ.

Слѣдующая вода, на нашей таблицѣ, *Маріенбадская*; она не содержитъ въ себѣ сѣрнокислой магнезіи, но въ ней на пинту приходится 48 гр. сѣрнокислаго натра съ 9 гр. угле-

кислой соды и небольшое количество желѣза. Кромѣ того она содержитъ значительное количество свободной угольной кислоты, которая дѣлаетъ питье слегка пѣнящимся и до извѣстной степени пріятнымъ. Въ большинствѣ случаевъ, чтобы получить легкое послабленіе, не нужно брать болѣе полупинты. Оставленная на воздухѣ на день, или на два, она осаждаетъ замѣтную примѣсь окиси желѣза; значитъ она немного и желѣзиста, но это одно изъ ея второстепенныхъ свойствъ.

Затѣмъ мы имѣемъ *Карлсбадскую* воду, всѣ источники которой содержатъ приблизительно 20-ть гранъ сѣрнокислаго натра и 13-ть гранъ углекислой соды на пинту, и которые отличаются другъ отъ друга только по температурѣ, всегда впрочемъ чрезвычайно возвышенной. Наконецъ, въ заключеніе таблицы этихъ слабительныхъ водъ, я назову вамъ *Франценсбадскую* воду, содержащую на пинту 30 гранъ сѣрнокислаго натра, 6 углекислаго и небольшое количество желѣза, котораго нѣтъ въ Карлсбадской водѣ.

Еще нѣсколько словъ о двухъ наиболѣе замѣчательныхъ щелочныхъ водахъ. Сначала мы имѣемъ *Виши,* которая содержитъ только 3 гр. сѣрнокислаго натра и около 50 гр. углекислаго на пинту,—какъ видите, довольно сильный растворъ. Во вторыхъ, вода источника *Вальсъ*, которая также происходитъ изъ вулканическаго пояса Франціи, и нѣкоторые источники этой воды содержатъ до 60-ти гранъ углекислаго натра на пинту, безъ другихъ веществъ, стоящихъ вниманія.

Эти двѣ минеральныя воды чрезвычайно извѣстны и употребляются въ большомъ количествѣ противъ каменной болѣзни и подагры. Подъ ихъ вліяніемъ мочевые осадки совсѣмъ исчезаютъ, или же вѣрнѣе сказать, растворяются и потому дѣлаются незамѣтными. Справедливо замѣтить, что Вальская вода и Виши производятъ въ тоже время весьма благодѣтельное вліяніе на организмъ и даютъ такимъ образомъ довольно положительный, или постоянный успѣхъ. Поэтому нѣкоторые больные, проведя сезонъ въ Виши, чувствуютъ себя на нѣкоторое время лучше; но большая часть изъ нихъ получаютъ только кратковременное облегченіе. Въ настоящее время я убѣжденъ по опыту, что эти воды, принимаемыя у источника, или дома, только на время смягчаютъ, или маскируютъ болѣзнь, не излечивая ея. Фридрихсгальская и Карлсбадская воды, напротивъ, произво-

дятъ отличный успѣхъ дѣйствіемъ на всѣ пищеварительныя функціи такъ, что всѣ продукты разложенія, которые до сихъ поръ выходили чрезъ почки въ видѣ мочевой кислоты, теперь уже изгоняются другими путями и подъ другими формами.

Вотъ почему, когда я бываю принужденъ посылать больнаго на воды, я предпочитаю воду Карлсбадъ водѣ Виши, только если мой больной не очень разслабленъ, потому что Карлсбадскіе источники вызываютъ въ началѣ небольшой упадокъ силъ, котораго слабый человѣкъ не могъ бы перенести. Обыкновенно этаго не случается съ людьми, у которыхъ проявляется мочекислый песокъ. Къ счастью также, что для большаго числа больныхъ, леченіе дома точно также дѣйствительно, какъ и леченіе у источника. Я думаю, что лучше всего въ этомъ случаѣ пить сначала непродолжительное время Фридрихсгальскую воду, потомъ продолжать Карлсбадскую, или же пить смѣсь этихъ двухъ водъ. Таковъ мой образъ дѣйствій, давшій мнѣ наилучшіе успѣхи. Смотря по случаямъ, леченіе должно продолжаться отъ шести до восьми недѣль.

Я перехожу къ способу назначенія: если у вашего больнаго нечистый языкъ и недостатокъ аппетита, если больнаго плохо слабитъ и если онъ обнаруживаетъ постоянное расположеніе къ обычнымъ разстройствамъ пищеваренія, вы хорошо сдѣлаете, если будете предписывать ему, хотя и не всегда, наканунѣ того дня, когда вы думаете начать леченіе, три, или четыре голубыхъ пилюли заразъ, вечеромъ, чтобы обезпечить успѣхъ Фридрихсгальской воды, которой онъ на слѣдующее утро долженъ будетъ принять восемь, или десять унцій. Затѣмъ вы начнете леченіе Фридрихсгальской водою: ее надо принимать съ небольшимъ количествомъ теплой воды заразъ утромъ, на тощакъ, за часъ до перваго завтрака. Каждый день, или вѣрнѣе чрезъ каждые два, или три дня вы будете слегка уменьшать пріемъ, потому что одна изъ особенностей этой воды— дѣйствовать въ малыхъ дозахъ при продолжительномъ употребленіи. Если, напримѣръ, семь или восемь унцій, смѣшанныя съ пятью унціями теплой воды и принятыя утромъ, отлично прослабили васъ сегодня, тотчасъ послѣ завтрака, завтра такой же результатъ можетъ быть полученъ съ помощію шести или семи унцій, послѣ завтра—пяти или шести и, очень вѣроятно, что черезъ три недѣли четырехъ унцій будетъ доста-

точно, чтобы получить успѣхъ, котораго въ началѣ можно было ожидать только съ помощію семи или восьми унцій.

Употребивъ, такимъ образомъ, впродолженіи одной, двухъ или трехъ недѣль, смотря по особенности случая и производимому успѣху, Фридрихсгальскую воду, вы дайте вашему больному смѣсь Фридрихсгальской и Карлсбадской воды, въ количествѣ четырехъ или трехъ унцій первой, съ пятью или шестью унціями второй. Прибавивъ затѣмъ три или четыре унціи горячей воды, вы такимъ образомъ согрѣете эту смѣсь. Фридрихсгальская вода, взятая одна, или разбавленная Карлсбадской, должна всегда быть смѣшана съ 20, или 30 процентами горячей воды, чтобы подражать, на сколько возможно, всѣмъ условіямъ леченія на мѣстѣ. Вы знаете, конечно, что Фридрихсгальская вода по природѣ тепла: въ мѣстахъ ея происхожденія заставляютъ нѣсколько испаряться, пока она достигнетъ удѣльнаго вѣса: (1,022 до 1,545 по ареометру Фаренгейта); такимъ образомъ получается продуктъ болѣе или мемѣе вѣрнаго состава.

Карлсбадская вода еще теплѣе и даже черезъ чуръ тепла, чтобы ее можно было пить тотчасъ по выходѣ изъ источника. Поэтому, если ее пьютъ одну и дома, то надо предварительно возвысить температуру до 90°, или 100°, по Ф., поставивъ стаканъ на нѣсколько минутъ въ горячую воду.

Послѣ двухъ, или трехнедѣльнаго леченія Фридрихсгальской водой, смѣшанной съ Карлсбадской, вы на двѣ недѣли предпишете эту послѣднюю воду одну, въ пріемѣ шести, семи или восьми унцій. Количества, даваемыя вами, должны быть гораздо меньше предписываемыхъ у самаго источника, гдѣ пребываніе больнаго необходимо ограничить временемъ. Я убѣжденъ, что небольшія дозы, которыя я вамъ здѣсь рекомендую, повторяемыя впродолженіи шести или десяти недѣль, въ большинствѣ случаевъ хорошо замѣняютъ тѣ три недѣли, которыя обыкновенно проводятъ у самаго источника. Тоже количество воды, которое у источника предписано на двадцать одинъ день, часто причиняетъ потерю вѣса и силъ больному, а дома оно производитъ тоже дѣйствіе въ пятьдесятъ или шестьдесятъ дней съ такимъ же успѣхомъ и меньшей опасностью. Я впрочемъ не спорю, что есть случаи, которымъ больше подходитъ героическій способъ леченія, принятый у самаго источника.

Уже болѣе десяти лѣтъ я въ изобиліи и систематично употребляю эти воды, и на основаніи собственнаго опыта, я постоянно измѣнялъ ихъ дозы и способъ назначенія. Способъ, только что вамъ описанный, есть тотъ, на которомъ я окончательно остановился.

Для многихъ больныхъ леченіе весьма умѣстно повторить съ промежутками въ три, или четыре мѣсяца. Въ промежуткахъ между этими курсами, для поправленія пищеваренія у больныхъ, я не знаю средства лучше, какъ стаканъ Фридрихсгальской воды, принятый въ случаѣ надобности. Это сильное, измѣняющее средство уменьшаетъ у больныхъ запоръ, и имѣетъ то важное преимущество, что можетъ быть принимаемо, не ослабляя организма. Я зналъ лицъ, которыя впродолженіи трехъ, или четырехъ лѣтъ, каждый день ее употребляли, но подобный образъ дѣйствія я могу рекомендовать только въ нѣкоторыхъ особенныхъ случаяхъ. Тѣмъ не менѣе я знаю одного восьмидесятилѣтняго старца, который аккуратно каждое утро выпиваетъ стаканъ Фридрихсгальской воды и получаетъ наилучшее дѣйствіе. Онъ когда то страдалъ упорнымъ запоромъ, въ настоящее время онъ пользуется отличнымъ здоровьемъ и чрезвычайно правильнымъ послабленіемъ на низъ.

Я долженъ вамъ сказать, что препаратъ, извѣстный подъ именемъ *Карлсбадской соли*, часто употребляется съ тою же цѣлью, какъ и Карлсбадская вода, потому что въ немъ предполагаются свойства минеральной воды, отъ которой онъ происходитъ. Это положительно ошибка. Произведеніе, о которомъ мы говоримъ, есть сѣрнокислый натръ, смѣшанный съ небольшимъ количествомъ углекислаго, и хотя онъ и добывается изъ Карлсбадской воды, но по своему вліянію не отличается отъ соли, приготовленной химическимъ путемъ.

Сѣрнокислый натръ, извѣстный также подъ именемъ *Глауберовой соли*, есть одинъ изъ лучшихъ медикаментовъ, которыми мы владѣемъ и заслуживаетъ большей популярности, чѣмъ имѣетъ. Я назначаю его каждодневно, съ примѣсью, или нѣтъ небольшаго количества сѣрнокислой магнезіи для приходящихъ больныхъ, потому что я смотрю на него, какъ на лучшее средство, которое у меня подъ рукой, чтобы замѣнить имъ минеральныя воды, о которыхъ я вамъ только что говорилъ.

Нѣсколько минутъ, которыя намъ остаются, я посвящу на ознакомленіе васъ съ діэтой больныхъ, и главное съ тѣми ограниченіями въ пищѣ, которыя вы должны имъ предписывать. Всѣми принято, что постоянное присутствіе мочекислыхъ осадковъ въ отдѣляемомъ почекъ указываетъ на потребность уменьшить пріемъ азотныхъ веществъ. Мой опытъ мнѣ нисколько не доказалъ, чтобы точное соблюденіе этого правила имѣло значеніе въ практикѣ. Я напротивъ думаю, что уменьшеніе мочекислыхъ осадковъ достигается гораздо вѣрнѣе отъ діаметрально противоположной діэты. Есть три рода такихъ веществъ, которыя, чтобы достигнуть того результата, который мы имѣетъ въ виду, нужно употреблять чрезвычайно скудно, а именно: *спиртныя*, *сахарныя* и *жирныя вещества*.

Посмотримъ сначала на спиртныя вещества: если вы позволяете какой нибудь напитокъ, полученный путемъ броженія, вы должны выбрать его изъ самыхъ обыкновенныхъ и менѣе крѣпкихъ; даже, говоря правду, большая часть больныхъ хорошо сдѣлаютъ, если совсѣмъ не будутъ употреблять спиртныхъ веществъ; онѣ не только что лишнія для здоровья большинства людей, но даже, въ чемъ я убѣдился часто и вредны; а при «ослабленномъ состояніи печени», смѣло можно сказать, даже гибельны. Конечно для людей, привыкшихъ часто употреблять вино, или пиво, воздержаніе отъ всего этого будетъ не малымъ лишеніемъ. Несчастные страдаютъ по три и по четыре мѣсяца, а иногда и больше отъ отсутствія привычныхъ напитковъ. Но разъ время испытанія прошло, организмъ дѣлается болѣе свѣжимъ, болѣе сильнымъ и не чувствуетъ побужденія къ старымъ привычкамъ.

Но можетъ случится, что вашъ паціентъ найдетъ эту жертву черезъ чуръ тягостной; вы сами можете быть того жемнѣнія, что не надо предписывать слишкомъ большаго лишенія въ привычкахъ больнаго въ то время, какъ вы намѣрены лечить его минеральными водами; я самъ смотрю на это съ такой же точки зрѣнія. Тогда вы можете позволить ему употребленіе настоящихъ спиртныхъ напитковъ, какъ напримѣръ, старое Бордосское, Рейнское и другія, подобныя этимъ, вина. Бордосское вино лучше всего подходитъ большинству больныхъ. Вы запретите шампанское, какъ болѣе другихъ содержащее алкоголь, и такъ какъ оно часто бываетъ поддѣльно.

Вина еще болѣе крѣпкія, какъ напримѣръ, хересъ и портвейнъ, суть самыя вредныя. Крѣпкое пиво должно быть также запрещено. Немного коньяку, разбавленнаго водой, можно исключительно позволить тѣмъ слабымъ больнымъ, у которыхъ пищевареніе совершается тяжело.

Сахаръ, подъ какимъ бы онъ ни былъ видомъ, долженъ быть строго запрещенъ въ пищѣ больнаго.

Наконецъ жирныя вещества (масло, сливки, говяжье сало), принимаемыя въ настоящемъ ихъ видѣ, или же въ приправѣ къ печенью, могутъ быть дозволены только съ большой умѣренностію.

Я не имѣю времени представить вамъ всѣ теоретическіе взгляды, на которыхъ основаны всѣ эти совѣты. Я могу вамъ только сказать, что воздержаніе отъ упомянутыхъ питательныхъ веществъ значительно облегчаетъ задачу печени, облегчаетъ почки отъ ихъ компенсаторной работы. Если мы отнесемся къ системѣ діэты, которая принята въ Карлсбадѣ, мы увидимъ, что въ силу тѣхъ же самыхъ принциповъ, сахаръ и масло строго исключены изъ всѣхъ обѣдовъ въ теченіи сезона. Если бы вы даже просили сахару, или масла, то вашей просьбѣ безжалостно бы отказали. Я могу васъ увѣрить по собственному опыту, что подобная діэта, гораздо лучше воздержанія отъ мяса, уничтожаетъ скопленіе мочевой кислоты. Если вы запретите совсѣмъ, или отчасти употребленіе спиртныхъ возбуждающихъ, каждый разъ какъ въ этомъ будетъ необходимость (а это случается довольно часто), если вы запретите все, что содержитъ сахаръ и позволите только въ исключительныхъ случаяхъ жирныя вещества, однимъ словомъ, если вы будете давать паціенту азотную пищу и уничтожите только вещества углеводныя, вы сдѣлаете для вашего больнаго лучше и болѣе, нежели если бы вы предписали ему обратную діэту.

Есть родъ пищи, на который не обращаютъ большаго вниманія, но которой я особенно вамъ рекомендую: это свѣжія, и травянистыя растенія, которыя должны быть предварительно хорошо сварены. Важный пунктъ діэты— подавать блюдо изъ зелени при каждомъ обѣдѣ. Печеныя, или вареныя въ компотѣ яблоки можно позволить, но съ условіемъ, чтобы ихъ мало посыпать сахаромъ. Вы запретите плоды изобилующіе

сахаромъ, какъ напримѣръ: виноградъ, груши и сливы. Иногда больному хочется немного салату, и я не нахожу причины отказать ему въ этой маленькой прихоти, когда онъ этого желаетъ.

Посовѣтуйте, наконецъ, вашему больному. предаваться большому моціону на открытомъ воздухѣ, и слѣдите также за дѣятельностію кожи: удобная одежда и ежедневное обмываніе тѣла вмѣстѣ съ хорошимъ растираніемъ суть самыя простыя и въ тоже время дѣйствительныя средства, чтобы предохранить организмъ отъ вреднаго вліянія простуды. Я могу только коснуться этихъ различныхъ пунктовъ гигіены, но вы должны ихъ держаться, какъ сильныхъ помощниковъ вашей терапіи и діэты.

Діэта и гигіена и, отъ времени до времени, методическое употребленіе минеральныхъ водъ, упомянутыхъ выше, вотъ по моему мнѣнію лучшее леченіе, для воспрепятствованія развитію каменной болѣзни, самое вѣрное средство предупредить образованіе камня, по крайней мѣрѣ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сростки происходятъ отъ ненормальнаго приготовленія мочевой кислоты, что случается чаще всего.

ЛЕКЦІЯ XIV.

Леченіе камней мочеваго пузыря растворяющими средствами. Исторія и практика.

Мм. гг. Вопросъ, существуетъ-ли средство растворить камень въ пузырѣ, помощію фармакологическихъ агентовъ, и отстранить такимъ образомъ необходимость всякаго оперативнаго вмѣшательства, конечно одинъ изъ самыхъ интересныхъ вопросовъ настоящаго времени. Въ теченіи сколькихъ столѣтій эта великая задача раствореніа камней появлялась не однократно на горизонтѣ нашихъ диспутовъ! Случается-ли какое нибудь обстоятельство, затрогивающее съ этой стороны общее вниманіе, тотчасъ-же поднимается споръ: но въ сущности много написано и сказано, мало фактовъ, а еще менѣе пріобрѣтеній... Затѣмъ весь этотъ минутный энтузіазмъ кончается, и теряется въ новомъ циклѣ безразличія.

Во всякомъ случаѣ, не будемъ вѣрить совершенному безплодію усилій, повторяющихся въ человѣческомъ умѣ и, хотя наши сочиненія по хирургіи едва касаются этого предмета, не будемъ терять изъ виду связаннаго съ нимъ громаднаго интереса. Что касается меня, то этотъ вопросъ неотразимо привлекалъ меня. Какая слава для нашего искусства, господа, если намъ удастся растворить камень, не поранивъ тѣхъ нѣжныхъ органовъ, которые его порождаютъ и скрываютъ. Вотъ почему, не довольствуясь затронуть эту задачу въ нѣсколькихъ сочиненіяхъ, сдѣлавъ изъ нея даже предметъ подробныхъ разъясненій въ одномъ изъ моихъ сочиненій *), я еще сегодня хочу представить вамъ въ нѣкоторой степени какъ бы балансъ нашихъ знаній по части раствореніа камней. Значитъ, эта лек-

*) The Enlarged Prostate, 1858, послѣдняя глава.

ція будетъ посвящена исторіи растворяющаго леченія пузырныхъ камней отъ самыхъ отдаленныхъ временъ и до современной эпохи.

Какъ вамъ извѣстно, за много столѣтій до христіанской эры, камни въ пузырѣ были уже извѣстны и лечимы, по крайней мѣрѣ у дѣтей, помощью кровавой операціи. Позже пытались растворять камни, преимущественно въ зрѣломъ возрастѣ. Невѣроятно, чтобы Гиппократъ, или Галенъ вѣрили въ возможность успѣха. Одинъ изъ первыхъ намековъ на лѣченіе посредствомъ растворенія мы находимъ у Плинія, который полагаетъ, будто «пережженныя раковины улитокъ представляютъ хорошее средство для леченія отъ камня». Аретей, во II стл., хвалитъ съ той же цѣлію негашеную известь съ медовой водой. Другіе, менѣе древніе авторы, цитированные Павломъ Эгинскимъ (VII стл.), говорятъ съ довѣріемъ о силѣ «крови козла» и высказываютъ мнѣніе, что есть нѣкоторыя растворяющія средства, неумѣстное примѣненіе которыхъ только увеличиваетъ объемъ камня.

Арабская медицина, въ періодъ своего процвѣтанія, обратила на себя вниманіе количествомъ средствъ и сложностью формулъ съ цѣлью медицинскаго леченія камня. Знаменитый Авицена, въ началѣ XI стл., представляетъ длинный перечень средствъ считавшихся дѣйствительными. По примѣру своихъ современниковъ, онъ въ этомъ случаѣ употреблялъ углекислое кали въ нечистомъ состояніи. Какъ курьезный обращикъ медицинскихъ предписаній того времени, и чтобы дать вамъ понятіе объ этихъ разнородныхъ и сложныхъ микстурахъ, которыя составляли древнюю формулу, я представлю вамъ рецептъ такимъ, какъ онъ есть, буквально переведенный изъ Авицены.

Возмите равныя части:

Пережженаго стекла.
Золы скорпіона.
Золы корней зеленой капусты.
Золы отъ зайца.
Золы отъ скорлупы высушенныхъ яицъ.
Камней, найденныхъ въ губкахъ.
Козлиной крови, высушенной и растолченной въ порошекъ.
Еврейскаго камня.

Петрушки.
Дикой моркови.
Сѣмянъ мальвы.
Гумми-арабика.

Прибавьте достаточное количество меду, чтобы составить кашку *).

Не замѣчается никакого прогресса въ періодъ отъ Авицены до XV столѣтія. Я назову вамъ только, со словъ Боергава **), средство, рекомендованное Базиліусомъ и которое заключалось во внутреннемъ употребленіи щелочной соли, собранной весной при выдѣлкѣ вина. Кроліусъ, въ своей Basilica Chymica (Франкфуртъ, 1608), совѣтуетъ больнымъ камнемъ принимать въ настоѣ петрушки извѣстную соль, углекислый потасій. Тотъ-же самый авторъ одинаково хвалитъ различные растворы съ известковымъ основаніемъ.

Въ 1650 г. Даніэль Сенертусъ предписываетъ тѣже средства пищеварительными путями и приказываетъ вводить ихъ въ тоже время въ пузырь съ помощью зонда. Около того-же времени Риверіусъ, врачъ французскаго двора, совѣтовалъ, какъ и многіе изъ его современниковъ продуктъ полученный при обжиганіи яичной скорлупы. Этотъ порошекъ, въ который, конечно входитъ большая доза извести, былъ предписываемъ въ количествѣ 1 драхмы два раза въ день, въ бѣломъ винѣ, или другомъ vehiculum. Риверіусъ утверждалъ, что названное средство «potenter expellit calculum in urinae meatibus hoerentoem» ***). Всѣ эти рецепты были затѣмъ сполна воспроизведены съ небольшими измѣненіями многими того времени авторами.

Затѣмъ видимъ мы въ нашей собственной странѣ появленіе знаменитой М-рисъ Іоанны Стефенсъ. Эта женщина пріобрѣла себѣ столь громадную репутацію вначалѣ прошлаго столѣтія, что въ 1739 г. англійскій Парламентъ, послѣ формальнаго разслѣдованія дѣла, купилъ у нея за 5,000 ф. ея секретъ растворенія камня; обстоятельство, которое, увѣряю васъ, не мало способствовало къ развитію, въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ, того стре-

*) Авицена, Lib. III., fen. XVIII tract., C. XIX.
**) Elementa Chimiae 1732, vol. II, p. 73.
***) Riverius, Praxis medica, Lugd. 1657, p. 381.

мленія къ изысканіямъ въ этой области, которое отразилось и въ хирургической литературѣ.

Документъ м-съ Іоанны Стефенсъ, пріобрѣтенный за только что названную вамъ цѣну, начинается слѣдующими словами: «Мои медикаменты состоятъ изъ порошка, отвара и пилюль. Порошокъ составленъ изъ яичной скорлупы и пережженныхъ улитокъ. Отваръ получается отъ кипяченія въ водѣ извѣстныхъ растеній, съ примѣсью шарика, состоящего изъ мыла и дикаго кресу, обугленнаго вслѣдствіе обжиганія, и меду. Пилюли состоятъ изъ пережженныхъ улитокъ, сѣмянъ дикой моркови, сѣмянъ репейника, крылатокъ ясени, ягодъ дикаго шиповника, все обожженое до черна, мыла и меду» *).

Порошекъ предписывался въ дозѣ одной драхмы три раза въ день, распущеннымъ въ сидрѣ или въ другой жидкости. Затѣмъ тотчасъ-же слѣдовала полупинта отвара. Если отваръ дурно переносился, то его замѣняли пилюлями. Всѣ эти составы были найдены какъ нельзя болѣе вызывающими тошноту и должны были уступить мѣсто другимъ медикаментамъ. Д-ръ Виттъ, профессоръ медицины при Эдинбургскомъ университетѣ (1761 г.), пустилъ въ ходъ мыло и известковую воду. Онъ прописывалъ ежедневную дозу изъ одной унціи Аликантскаго мыла и трехъ пинтъ известковой воды. Это лекарство въ одномъ, или двухъ замѣчательныхъ случаяхъ получило родъ санкціи.

Блакри (1766 г.) также какъ и Читтикъ, который, съ цѣлью сохранить свой секретъ, заставлялъ больныхъ каждый день присылать себѣ кружку говяжьяго бульону, къ которому онъ и примѣшивалъ свое средство, и другіе доктора употребляли въ большомъ количествѣ кали и известь въ растворенномъ состояніи. Свидѣтельства самыя значительныя и авторитетныя были въ изобиліи въ пользу дѣйствительности этихъ средствъ. Кали чаще всего былъ предписываемъ въ формѣ мыла, болѣе или менѣе концентрированнаго; иногда въ видѣ виннокаменнокислой соли, но всегда въ формѣ раствора сильно разведеннаго въ водѣ.

Во Франціи щелочныя вещества рано получили многихъ защитниковъ, между которыми я вамъ назову Дарсе ***) (1726)

---

*) Gentlmen Magasin. Juin 1739, v IX p 298.

**) «Annales de Chimie». Paris.

и Піера Дезо (1736). Моранъ, знаменитый парижскій хирургъ, пріѣхавшій въ Лондонъ собирать матеріалы для своего академическаго доклада относительно способа Чезельдена, также съ большею заботливостью принялся наблюдать 40 больныхъ, лечимыхъ лекарственными составами м-рисъ Стефенсъ. Онъ не могъ подтвердить ни у одного больнаго исчезновенія камня подъ вліяніемъ растворенія, но докладываетъ, что «четыре считали себя излеченными». Гораздо позже вопросъ о щелочныхъ растворяющихъ веществахъ былъ поднятъ снова Фуркруа и Вокеленомъ и недавно еще Пети (1834). Фуркруа и Пети употребляли воду Виши. Въ Италіи мы имѣемъ еще Жирарди въ 1764 году, который рекомендовалъ употребленіе растворяющихъ веществъ, но подъ этою рубрикою авторъ особенно хвалитъ отваръ толокнянки.

Въ этомъ-же направленіи широко пользовались и растительнымъ царствомъ. Я ограничусь названіемъ растеній, пользовавшихся громадной славой послѣднія два, или три столѣтія. Это Saxifraga, носящее свое названіе именно вслѣдствіе предполагаемыхъ въ немъ линтотриптическихъ свойствъ; сѣмяна его кипятили по одной драхмѣ въ отварѣ radicis decocti Graminis; tinctura Pimpinellae saxifragae, тинктура сѣмянъ Lithospermi majoris, decoctum Genistae; тинктура корня Raphani sativi; тинктура сѣмянъ обыкновенной крапивы. Malva, radix Graminis; петрушка и дикая морковь входили также, какъ приправы въ большинство литонтриптическихъ декоктовъ.

Перехожу къ настоящей практикѣ. Предположимъ, что больной будетъ просить излечить его камень растворяющимъ методомъ, вы спросите меня, какія средства новѣйшая наука можетъ представить къ услугамъ больнаго. Эти средства двухъ родовъ: во-первыхъ средства эмпирическія, пользующіяся нѣкоторой репутаціей; во-вторыхъ средства, вытекающія изъ научныхъ наблюденій.

1) *Средства эмпирическія.* Нужно замѣтить интересный фактъ, что почти во всѣхъ странахъ Европы есть люди, которые достаютъ себѣ пропитаніе фабрикаціей и продажей камнерастворяющихъ, литонтриптическихъ снадобій. Употребляемые рецепты обыкновенно семейная собственность; нѣкоторыя имена получаютъ такимъ образомъ извѣстную репутацію. Тайна, религіозно сохраняемая, передается безъ измѣненія однимъ поко-

лѣніемъ другому. Точно также искусство костоправовъ, такъ здраво обсуженное и оцѣненное Sir James Paget, въ одной изъ его прекрасныхъ клиническихъ лекцій, вы знаете, неразлучно съ тѣмъ или другимъ именемъ семейства, или мѣстности.

Всѣ эти растворы, такъ какъ это форма, употребляемая нынѣ для большинства камни растворяющихъ веществъ, продаются подъ именемъ eau de constitution, или подъ другимъ подобнымъ названіемъ; въ тоже время они самыя дѣйствительныя гарантіи противъ всѣхъ болѣзней мочевыхъ органовъ.

Особенныя обстоятельства часто давали мнѣ случай изучать свойства и составъ этихъ снадобій; я имѣлъ ихъ не только изъ нашей страны, но и изъ различныхъ частей Франціи. Такъ я отлично помню одну старую женщину, пришедшую лѣтъ 10 тому назадъ ко мнѣ пѣшкомъ съ сыномъ съ юга Франціи въ Брюсель, съ корзиной тяжелыхъ бутылокъ, заключавшихъ драгоцѣнный, таинственный составъ, который она назначала моему коронованному больному. Прибавлю, что усердіе этихъ двухъ странниковъ было хорошо вознаграждено. Впрочемъ, въ Брюселѣ была цѣлая масса добровольныхъ предложеній услугъ; напитки и совѣты сыпались со всѣхъ концовъ Европы, что всегда случается въ подобномъ случаѣ.

Еще недавно я получилъ многочисленныя сообщенія по этому предмету отъ извѣстныхъ и неизвѣстныхъ корреспондентовъ; всѣ они настаиваютъ на важности ихъ особенныхъ рецептовъ. Я назову вамъ два примѣра, очень различные по роду интереса, который они внушаютъ. Одинъ я имѣю отъ француза, который называетъ себя и говоритъ, что онъ вполнѣ ручается за непогрѣшимость леченія, которое онъ благоразумно скрываетъ, но согласенъ объявить за огромную сумму 40,000 фунтовъ стерлинговъ, т. е. за милліонъ франковъ. Если это средство способно осуществить тѣ чудеса, которые обѣщаетъ авторъ, признаюсь оно стоитъ этой цѣны.

Второе сообщеніе, которое я вамъ хочу назвать, я получилъ отъ одного англійскаго мастероваго изъ Бедфордшайра. Этотъ мастеровой расказалъ намъ, какимъ лекарствомъ вылѣчилъ онъ нѣсколько времени тому назадъ друга, живущаго въ сосѣдней общинѣ, и милостиво далъ мнѣ свой рецептъ. Я много видѣлъ этихъ народныхъ лекарствъ, знаніе которыхъ не ли-

шено для меня нѣкотораго интереса, что я вамъ и докажу въ теченіи нашей лекціи; скажу вамъ, что рецептъ нашего мастероваго, хотя и деревенскій рецептъ, но стоитъ всякаго другаго. Я не могъ удержаться, чтобы не поблагодарить этаго честнаго человѣка, и мнѣ не безъ труда удалось объяснить ему, почему это лекарство, столь полезное въ нѣкоторыхъ случаяхъ, было-бы къ несчастью вредно въ другихъ. Вотъ буквально этотъ рецептъ: «возмите пекъ (9 литровъ) древесной золы, налейте на нее галлонъ (4 литра, 54 сентилитровъ) кипящей воды и оставьте въ покоѣ на сутки; процѣдите ее какъ можно чище и давайте по рюмкѣ больному каждое утро натощакъ». Говоря научно, этотъ напитокъ есть ничто иное, какъ сильная доза углекислаго кали. Наша старая, знакомая щелочь, какъ видите, опять появляется на сцену. Мнѣ захотѣлось изъ любопытства опредѣлить дозу пріема, и я нашелъ, что предписанное количество сосновой золы дастъ, при выщелачиваніи, 50 гранъ углекислаго кали на унцію жидкости, что равняется для каждаго пріема полуторы драхмамъ, или 2 драхмамъ (6—8 гранъ) щелочной соли. Другія растворимыя вещества золы суть: сѣрнокислый, и кремнекислый поташъ и хлористый калій.

Что-же касается до болѣе затѣйливыхъ приготовленій, продаваемыхъ у насъ подъ громкимъ именемъ „камни растворяющихъ; литонтриптическихъ медикаментовъ“, то я подвергалъ одно изъ нихъ химическому анализу, о результатахъ котораго я вамъ и сообщу. Это не значитъ, чтобы я когда нибудь сомнѣвался въ общемъ характерѣ этихъ различныхъ панацей, какъ и въ дѣйствительной тождественности ихъ состава, но я хочу сказать только свое мнѣніе, опираясь на аналитическое изслѣдованіе. Предлагаю вамъ одинъ изъ извѣстныхъ растворовъ, настоящій типъ литонтриптическихъ средствъ, самыхъ популярныхъ въ нашей странѣ. Вотъ двѣ бутылки, содержимое которыхъ будетъ въ распоряженіи тѣхъ изъ васъ, кто захотѣлъ бы заняться его изслѣдованіемъ. Я самъ анализировалъ эту жидкость и могу утверждать, что это просто на просто растворъ двууглекислаго кали въ водѣ. Бутылки, какъ вы видите, имѣютъ форму и объемъ обыкновенной бутылки вина, каждая содержитъ приблизительно одну унцію углекислаго кали и 15 гранъ хлористаго натрія—эта послѣдняя соль принадлежитъ очевидно водѣ того источника, изъ котораго она

взята. Ежедневно предписанная доза полбутылки или 4 драхмы (16 грам.) дѣйствующаго вещества.

Прежде чѣмъ идти далѣе, бросимъ взглядъ на ту длинную и замѣчательную исторію усилій, предпринимаемыхъ человѣкомъ съ цѣлью освободиться съ помощью однихъ лекарствъ отъ своего злѣйшаго врага, камня. Замѣтьте, что употребляемыя средства постоянно щелочныя вещества. Сначала на первомъ планѣ земляное основаніе: известь. Вы видите ее, какъ дѣйствующее начало въ раковинахъ улитокъ Плинія, въ яичной скорлупѣ Авицены и до цѣннаго рецепта М-съ Стефенсъ, разоблаченнаго въ 1739. Только въ лекарствахъ временъ Авицена, къ извести примѣшивается щелочь, характеризующая растительное царство: кали. Вы имѣете доказательство въ массѣ обожженныхъ растеній, входящихъ въ этотъ составъ. М-рисъ Стефенсъ вводитъ также въ формѣ своего мыла, дикихъ травъ и объугленныхъ сѣмянъ: кали и натръ. Вскорѣ затѣмъ вошли въ моду известковая вода и мыло, представляя такимъ образомъ соединеніе трехъ щелочныхъ веществъ, названныхъ выше. Наконецъ въ наше время, самое популярное средство, бутылка котораго продается за нѣсколько шиллинговъ и которое дается каждый день въ сильныхъ дозахъ въ теченіи по крайней мѣрѣ трехъ мѣсяцевъ, какъ вы знаете, есть ничто иное, какъ растворенный въ водѣ двууглекислый кали; собственнная цѣна послѣдняго въ настоящее время не достигаетъ цѣны бутылки и пробки, соединенныхъ вмѣстѣ. Рецептъ нашего деревенскаго работника, приблизительно также вѣренъ въ формѣ, имѣетъ туже растворяющую силу и при томъ ничего не стоитъ.

Я долженъ еще назвать другое популярное средство, воду Виши, которую больные мочевыми органами употребляютъ въ такомъ количествѣ. Эта минеральная вода была въ свое время въ модѣ какъ растворяющій агентъ, именно за ея богатство двууглекислымъ натромъ—щелочью минеральнаго царства.

Какое-же заключеніе вывести изъ этого аналитическаго изслѣдованія? Есть, господа, лишь одно возможное, а именно всѣ рецепты шарлатановъ, всѣ воображаемыя специфическія тайны, хваленныя съ незапамятныхъ временъ до настоящаго, въ сущности только растворы, въ которыхъ находятся отдѣльно или вмѣстѣ известь, кали и натръ. Всѣ растенія оставляютъ

послѣ сгаранія одинъ и тотъ же дѣйствующій элементъ: кали; всѣ раковины земныхъ, или водяныхъ животныхъ точно также даютъ намъ одно дѣйствующее вещество, известь.

2) *Научныя средства.* Растворяющія средства, употребляемыя нынѣ врачами всѣхъ странъ, слѣдующія: liq. potassae, двууглекислый, лимоннокислый, уксуснокислый и виннокаменнокислый кали. Затѣмъ слѣдуютъ, но менѣе употребляемые натръ и окись литія въ видѣ разныхъ фармацевтическихъ препаратовъ.

Прежде чѣмъ разсуждать о литонтриптическомъ значеніи этихъ веществъ съ научной, а не съ эмпирической точки зрѣнія, изслѣдуемъ основательно различные продукты, на которые они должны дѣйствовать, т. е. камни пузыря, или почекъ, которые слѣдуетъ растворить.

Прежде всего насъ поражаетъ различный характеръ камней, и слѣдовательно разнообразіе ихъ химическихъ свойствъ. Поэтому мы должны спросить себя, можетъ-ли одинъ и тотъ же классъ агентовъ,—щелочи, служить одинаково для растворенія столь различныхъ между собою камней? Вспомните общую классификацію камней, которую мы недавно приняли въ одной изъ нашихъ лекцій. $^3/_5$ камней, встрѣчаемыхъ въ зрѣломъ возрастѣ, какъ я вамъ сказалъ, состоятъ изъ мочевой кислоты и ея солей, почти $^2/_5$ фосфорнокислаго свойства; около 3 или 4 на 100 состоятъ изъ щавелевокислой извести. Цистинъ слишкомъ рѣдко встрѣчается, чтобы занятъ мѣсто на ряду съ другими. Слѣдовательно, по крайней мѣрѣ $^3/_5$ камней происходятъ изъ мочи, содержащей въ избыткѣ мочевую кислоту, и суть только слѣдствіе этого избытка. Двѣ пятыхъ другихъ происходятъ изъ мочи, обыкновенно щелочной, почти всегда аммоніакальной—необходимое условіе ихъ образованія. Я прибавилъ, что мочекислые камни, щавелевокислые камни и небольшое количество фосфорнокислыхъ могутъ встрѣтится въ почкѣ, только они въ такомъ случаѣ происходятъ вслѣдствіе причины общей, конституціонной; но, въ большинствѣ случаевъ, фосфорнокислое вещество, составляетъ-ли оно часть сложнаго по составу камня, или представляетъ само по себѣ цѣлый сростокъ, осаждается исключительно въ пузырѣ и происходитъ такимъ образомъ отъ мѣстной болѣзни мочеваго резервуара, а не изъ общаго конституціональнаго начала.

Теперь мы знаемъ изъ опытовъ, предпринятыхъ внѣ человѣческаго организма, что мочевая кислота легко растворяется подъ вліяніемъ щелочей, и притомъ, что нѣкоторыя щелочи дѣйствуютъ растворяющимъ образомъ энергичнѣе другихъ, вслѣдствіе различной степени растворимости новыхъ солей, образующихся двойнымъ разложеніемъ. Такимъ образомъ мочекислая известь довольно растворима, между тѣмъ какъ мочекислый натръ меньше; этотъ послѣдній входитъ даже въ составъ нѣкоторыхъ камней. Мочекислый кали растворяется больше всего; поэтому самъ кали, изъ всѣхъ веществъ, внутреннее продолжительное употребленіе которыхъ относительно безвредно, есть самое сильное растворяющее средство, которое можно было бы противопоставить камню изъ мочевой кислоты. Впрочемъ онъ уже давно заслужилъ такой отзывъ, и въ самомъ дѣлѣ, при тѣхъ условіяхъ, которыя я постараюсь вамъ сейчасъ представить, мы не знаемъ болѣе вѣрнаго средства. Уже лѣтъ 20 тому назадъ я обратилъ вниманіе практиковъ на камнерастворяющее, литонтриптическое преимущество кали; я утверждалъ что „лимоннокислый и углекислый кали болѣе силенъ и вѣренъ, чѣмъ вода Виши, въ леченіи *мочеваго песку*, и что слѣдуетъ предписывать его въ видѣ чрезвычайно разведеннаго раствора, такъ какъ чистая вода уже сама по себѣ есть одинъ изъ лучшихъ растворителей»*). Могу прибавить, что я никогда не прописывалъ воду Виши ни для какой болѣзни мочевыхъ органовъ, собственно потому, что она сравнительно стоитъ ниже растворовъ кали. Смѣю сказать, не рискуя быть опровергнутымъ компетентными людьми, что изъ всѣхъ солей лимоннокислый кали представляетъ болѣе всего шансовъ на успѣхъ. Если же, какъ это заставляютъ опасаться нѣкоторые случаи, эта соль влечетъ за собою обильное diuresis, то лучшее замѣняющее ее средство—двууглекислый кали.

Но вотъ важный вопросъ: были-ли калійныя соли вѣрно употребляемы компетентнымъ наблюдателемъ противъ настоящаго камня пузыря. Да, господа. Я счастливъ, что могу вамъ это сказать. Извѣстный врачъ изъ Манчестера, д-ръ Робертсъ, ученикъ нашей школы, посвятилъ себя, не безъ успѣха, искус-

*) The Lancet. 1854. vol I, pag. 439.

снымъ опытамъ въ занимающемъ насъ вопросѣ. Его опыты были сдѣланы на камняхъ, находящихся еще въ пузырѣ, или же вынутыхъ изъ него. Я вкратцѣ изложу вамъ его результаты.

Докторъ Робертсъ нашелъ, что углекислый кали сильнѣе всѣхъ литонтриптическихъ средствъ, и слѣдовательно стоитъ выше натра, а еще выше—литина. Растворъ не долженъ быть слишкомъ концентрированъ; иначе образуется осадокъ двумочекислой щелочи, которая окружаетъ камень и задерживаетъ растворяющій процессъ. Лучшія соли, предписываемыя для приниманія внутрь, суть лимоннокислая и уксуснокислая соли, которыя, какъ вы знаете, переходятъ въ мочу въ состояніи углекислыхъ солей. Пріемъ въ зрѣломъ возрастѣ долженъ быть отъ 40 — 50 гранъ въ 3 или 4 унц. воды, каждые три часа, что равняется ежедневной дозѣ 6 драхмъ (24 грамма). Моча, такимъ образомъ сдѣлавшись щелочною, можетъ мутнѣть отъ безформеннаго осадка фосфорнокислыхъ солей, но это нисколько не замедляетъ раствореніе, если моча не станетъ только аммоніакальной; тогда всякое растворяющее дѣйствіе будетъ уничтожено. Поэтому излишне стараться растворить камень мочевой кислоты, если моча не имѣетъ своей нормальной кислотности. Если до леченія моча щелочна, это только потому, что она аммоніакальна; тогда на поверхности камня будетъ образовываться депо смѣшанныхъ фосфорныхъ солей, и никакое растворяющее средство не будетъ дѣйствовать. Докторъ Робертсъ предполагаетъ, что совершенно тщетно пробовать растворять объемистый камень, каковъ-бы ни былъ его составъ, точно также, какъ и камни щавелевокислой извести. Онъ прибавляетъ, что на фосфорнокислые камни можно дѣйствовать только помощью пузырныхъ впрыскиваній; наконецъ, что щелочныя впрыскиванія, въ виду растворенія мочекислыхъ сростковъ, лишены всякой силы.

Въ сущности, слѣдуя этому наблюдателю, главныя условія, въ которыхъ слѣдуетъ увѣриться, слѣдующія: камни изъ мочевой кислоты небольшаго объема, кислотность мочи т. е. отсутствіе всякаго амміакальнаго разложенія. Когда существуютъ эти, видимо благопріятныя условія, то самый сильный изъ извѣстныхъ литонтриптиковъ—кали представляетъ серьезные шансы, послѣ леченія въ теченіи нѣсколькихъ недѣль, значительно уменьшить камень и обратить его въ ядрышко, способ-

ное въ свою очередь быть выведеннымъ въ одно изъ мочеиспусканій. Но, до сихъ поръ, докторъ Робертсъ не имѣлъ счастія получить такой прекрасный результатъ *).

Вотъ все, что новѣйшая наука могла сдѣлать лучшаго въ дѣлѣ растворенія камней. Но затѣмъ, скажете вы мнѣ, развѣ названные эмпирическіе опыты не дали рѣшительно никакихъ результатовъ? Несчастные страдающіе камнемъ, значитъ, напрасно глотали, въ теченіи 2,000 лѣтъ, всѣ эти микстуры, причиняющія тошноту, брошенныя въ пищу ихъ легковѣрію, начиная отъ Плинія до м-рисъ Стефенсъ, отъ Читтика до шарлатановъ нашего времени? Постараюсь отвѣтить вамъ какъ нельзя болѣе справедливо и категорически.

Прежде всего, существуютъ лишь слабыя доказательства того, что камень пузыря былъ когда либо совершенно растворенъ какимъ-бы то ни было щелочнымъ средствомъ. Я ищу еще, не бывъ въ состояніи до сихъ поръ найти, хотя однаго больнаго, въ пузырѣ котораго зондъ компетентнаго хирурга открылъ-бы существованіе камня и совершенное излеченіе котораго, подъ вліяніемъ какого-бы то ни было растворителя, подверглось-бы потомъ контролю введенія катетера, или вскрытія. Значитъ всякое доказательство ниже этаго, не имѣетъ для насъ никакого значенія. Пускай щелочи будутъ драгоцѣнными палліативными средствами, пусть они доставляютъ нѣкоторымъ больнымъ—я нарочно не сказалъ всѣмъ—относительное благосостояніе, внѣ всякаго оперативнаго вмѣшательства, я никогда въ этомъ не сомнѣвался. Нѣсколько разъ я могъ убѣдиться въ ихъ замѣчательномъ цѣлебномъ вліяніи у престарѣлыхъ людей, или съ дурнымъ питаніемъ, которыхъ было-бы безсмысленно подвергнуть кровавой операціи, и камни которыхъ не были данниками литотритіи. Щелочное леченіе помогаетъ тогда достигнуть, худо-ли, хорошо-ли, конца существованія, если только общественныя условія паціента не заставляютъ его работать до изнеможенія.

Напротивъ того, такимъ образомъ полученное улучшеніе иногда только временная отсрочка, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ чемъ я лично убѣдился, щелочные агенты значительно увеличиваютъ страданія. Это увеличеніе симптомовъ показыва-

*) Practical Treatise on Urinary and Renal Diseases. 1872.

лось чаще всего въ эпоху, когда процвѣтало леченіе камня посредствомъ «мыла и известковой воды». Но, въ сущности, вопросъ не въ этомъ: мы въ настоящую минуту не занимаемся изученіемъ того, владѣетъ-ли то, или другое средство нѣкоторыми палліативными качествами, мы ищемъ агентовъ, способныхъ совершенно растворить камень. Больные были наблюдаемы Мораномъ, о которомъ я вамъ уже говорилъ, и изъ которыхъ 22 были зондированы, прежде чѣмъ начато терапевтическое леченіе, не могутъ служить примѣромъ совершеннаго успѣха. Между этими воображаемыми тріумфами леченія кали и известью, тѣ, которые подверглись контролю вскрытія, были найдены съ камнями, часто большими и многочисленными *).

Но вотъ аргументъ еще болѣе рѣшительный: четверо больныхъ, выздоровленіе которыхъ было подтверждено экспертами, которыхъ назначило правительство для изслѣдованія значенія метода м-рисъ Стефенсъ, умерли всѣ съ камнемъ въ пузырѣ, что было доказано аутопсіею **).

Случай Гораса Вальполя въ прошломъ столѣтіи остался знаменитымъ: онъ былъ описанъ самимъ Вальполемъ для королевскаго Общества. Будучи тогда 70 лѣтъ отъ роду, онъ началъ принимать ежедневно отъ полуунціи до унціи мыла Аликанте и три кружки известковой воды впродолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Онъ продолжалъ такое терапевтическое леченіе съ короткими перерывами до смерти, послѣдовавшей чрезъ восемь лѣтъ. Въ концѣ перваго года леченія, улучшеніе было уже значительное, а къ концу своей жизни Вальполь воображалъ себя совершенно излеченнымъ... Послѣ смерти въ его пузырѣ нашли три маленькихъ камня. Этотъ случай тѣмъ не менѣе возбудилъ вниманіе современниковъ знаменитаго больнаго; это, конечно, одинъ изъ лучшихъ результатовъ, которымъ можетъ похвалиться леченіе растворяющими веществами.

Но на самомъ дѣлѣ, большинство больныхъ, принимавшихъ эти средства, точно также, какъ и паціенты нашего времени, которые имъ еще подчиняются, совсѣмъ не имѣютъ камня. Опираясь на нѣкоторые симптомы, которые они сами принимаютъ

*) Докторъ Джемсъ Персонсъ называетъ 12 больныхъ, которыхъ лечила м-съ Стефенсъ, и у которыхъ посмертное изслѣдованіе открыло существованіе камней въ пузырѣ.

**) Alston's Lectures in «Materia Medica», v. I, pag. 268. London 1773. Имена этихъ больныхъ суть: Гардинеръ, Апплетонъ, Норрисъ и Брайти (замѣч. Томсона).

за признаки камня, они вливаютъ въ себя щелочи, средства видимо полезныя при раздраженіи мочевыхъ путей, и получаютъ облегченіе. Тогда больные разсказываютъ о своемъ леченіи всѣмъ знакомымъ и подтверждаютъ часто журнальными откликами, что они излечились отъ «камня — этой страшной болѣзни».

Вотъ, господа, великое леченіе, на которое ссылаются шарлатаны. Что-же, въ самомъ дѣлѣ, случается съ тѣмъ небольшимъ количествомъ ихъ кліентовъ, которые дѣйствительно поражены камнемъ? Я сейчасъ вамъ скажу.

Если камень состоитъ изъ мочекислыхъ соединеній, то одно изъ двухъ: или онъ покрывается слоемъ двойнаго урата (biurate), то приросшаго, то способнаго отдѣлиться послойно, или-же моча дѣлается аммоніакальной; но въ обоихъ случаяхъ не происходитъ никакого растворяющаго дѣйствія. Въ тоже время моча выноситъ наружу большое количество бѣлаго осадка фосфорнокислыхъ земель (обыкновенное слѣдствіе аммоніакальной реакцій мочи), или-же чешуйки двумочекислой соли, похожія на осколки раковины (если моча не аммоніакальна), не считая бѣловатыхъ зернышекъ смѣшанныхъ фосфорнокислыхъ солей... а бѣдный больной воображаетъ, что все это суть остатки его камня и дѣйствіе растворительной силы напитка. Вотъ все, что почти всегда случается; вотъ доказательство, которое приводятъ въ защиту непогрѣшимости средства. Между тѣмъ камень съ каждымъ днемъ растетъ, все болѣе и болѣе увеличивается въ объемѣ. Иначе и быть не можетъ, если леченіе только эмпирическое, незнакомое съ индикаціями, которыми снабжаетъ насъ характеръ камня и реакція мочи, точно также, какъ и съ другими принципами, неразлучными съ раціональнымъ терапевтическимъ способомъ.

Вы можетъ быть скажете, что я въ эту минуту противопоставляю аргументъ à priori, хотя и очень правдоподобный, но не доказывающій нисколько, что дѣло дѣйствительно такъ происходитъ. Вы ошибаетесь; есть факты, на которые я опираюсь въ моихъ словахъ, и я вамъ разскажу одинъ изъ нихъ, который, надѣюсь, совершенно убѣдитъ васъ. Если надо, могу вамъ представить и другіе.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ со мною совѣтовался одинъ изъ жителей Іоркшира, уже давно страдавшій симптомами

камня, и которому посовѣтовали, отъ его болѣзни, принять одно извѣстное растворяющее средство. Паціентъ послѣдовалъ этому совѣту и проглотилъ около 25 фунтовъ воды, которую вы видите на этомъ столѣ. Согласитесь, что этой дозы было достаточно, чтобы обезпечить добросовѣстную попытку. Въ началѣ оказалось нѣкоторое улучшеніе, но нашъ знакомый долженъ былъ вести дѣятельную жизнь, у него не было средствъ для отдыха, у него не было той роскоши и комфорта, которые окружали Гораса Вальполя, и, въ концѣ концовъ, симптомы его болѣзни сдѣлались вдвое серьезнѣе. Тогда онъ пришелъ ко мнѣ, и я, помощію литотритіи, избавилъ его отъ огромнаго, сложнаго камня. Если-бы онъ пришелъ раньше, то конечно его камень былъ-бы меньше. Операція однако-же удалась какъ нельзя лучше, и человѣкъ, испытавшій ее, живетъ еще и понынѣ, чтобы при случаѣ разсказывать и пересказывать свою исторію.

Теперь, замѣтьте, я не говорю, чтобы раствореніе камня было чистѣйшей химерой, которая никогда не была съ успѣхомъ примѣнена къ дѣлу, я не утверждаю невозможности растворить маленькій камень изъ мочевой кислоты внутреннимъ пріемомъ щелочей; ничуть не бывало. Личное мое мнѣніе то, что при этихъ условіяхъ время и заботы могутъ дать отличный результатъ. Я пойду еще дальше: если-бы пришелъ больной камнемъ, имѣющимъ тѣ физическія и химическія свойства, которыя я вамъ только что изложилъ, и которыя дали-бы мнѣ поводъ разсчитывать на благополучный исходъ дѣла, я не отказался-бы подвергнуть его, съ его согласія, терапевтическому леченію, чтобы испробовать всѣ шансы попытки. Но что я вполнѣ утверждаю, это что нѣтъ доказательствъ, чтобы изъ милліоновъ больныхъ камнемъ, лечившихся во всевозможныя эпохи растворяющими напитками, хотя-бы одинъ на 100 получилъ исцѣленіе. Всякій человѣкъ, сознательно подчиняющійся литонтриптическому леченію изъ за камня, свойства котораго не были тщательно опредѣлены, имѣетъ никакъ не больше одного шанса на успѣхъ противъ ста шансовъ неуспѣха; но больной имѣетъ много шансовъ для того, чтобы его сростокъ увеличился въ объемѣ въ теченіи леченія. Впрочемъ, если камень переходитъ извѣстный объемъ, всякая надежда на раствореніе исчезаетъ.

Каково-же наконецъ значеніе растворяющаго леченія. Утвер-

ждаю, не колеблясь, что оно велико, не въ то время, когда камень уже совершенно образовался въ пузырѣ, но только въ первый періодъ болѣзни, когда камень на пути къ образованію въ почкѣ. Здѣсь то именно благопріятный періодъ для литонтриптическаго леченія. Если больной даетъ періодически или случайно маленькіе мочекислые камни, мы можемъ много для него сдѣлать сначала предупредительнымъ леченіемъ, принципы котораго я вамъ подробно изложилъ въ прошлую лекцію; если этихъ первыхъ средствъ не достаточно, то призываются на помощь щелочи.

Благодаря этому двойному леченію, мы должны-бы были современемъ увидѣть уменьшеніе того зла, которое причиняетъ каменная болѣзнь. Я самъ лично имѣю вѣру въ счастливое будущее, когда большія операціи, необходимыя при камнѣ, сдѣлаются все болѣе и болѣе рѣдкими. Мочекислые сростки, какъ вы знаете, единственные, которые подлежатъ литонтриптическому леченію; но, къ счастью, они то и образуютъ большинство почечныхъ камней.

Фосфорнокислые камни, далеко не подлежащіе вліянію внутренняго леченія, которое я вамъ только что описалъ, напротивъ кажется почерпаютъ въ немъ большую скорость увеличенія въ объемѣ. Назовемъ вкратцѣ тѣ мѣстныя средства, которыя могутъ помочь намъ растворить эти сростки.

Вы знаете, какъ это на каждомъ шагу доказываетъ ежедневная практика, что больные, у которыхъ пузырь не можетъ быть вполнѣ опорожненъ безъ помощи зонда, имѣютъ гибельное предрасположеніе къ образованію, часто очень быстрому, каменныхъ массъ, состоящихъ изъ смѣшанныхъ фосфорнокислыхъ веществъ. Въ этомъ случаѣ отлично помогаютъ впрыскиванія внутрь пузыря кислыхъ растворовъ. Больной можетъ научиться дѣлать ихъ самъ;мы имѣемъ въ нашихъ палатахъ такихъ больныхъ, которые отлично съ этимъ справляются. Разъ или два въ день, очистивъ вполнѣ пузырь зондомъ, прилаживаютъ къ нижнему отверстію катетера каучуковую бутылку съ краномъ и содержащую 4 унца раствора уксуснокислаго свинца, въ количествѣ $^1/_3$ до $^1/_2$ грана соли на унцъ дистилированной воды, или же чрезвычайно жидкій растворъ хлористоводородной кислоты (1, 2 или 3 капли кислоты на унцъ воды). Паціентъ впрыскиваетъ себѣ половину и заставляетъ выйти это впры-

скиваніе съ остатками, которое оно можетъ увлечь съ собою; затѣмъ больной впрыскиваетъ вторую половину и оставляетъ ее въ пузырѣ.

Это средство замѣчательно сильное, чтобы предупредить образованіе фосфорнокислаго камня, или, покрайней мѣрѣ, чтобы помѣшать скученію землистаго вещества въ полости пузыря. Я не имѣю времени болѣе распространяться о тѣхъ видоизмѣненіяхъ, которымъ могутъ подвергнуться эти впрыскиванія съ двойной точки зрѣнія — количества и концентраціи жидкости. Принципъ все одинъ и тотъ-же, и ничего нѣтъ легче, какъ примѣнить его къ требованіямъ каждаго случая; вы впрочемъ найдете болѣе обширныя подробности этого предмета въ главѣ о хроническомъ воспаленіи пузыря.

Электричество также употреблялось мѣстно противъ мочекислыхъ и фосфорнокислыхъ камней. Превò и Дюмà (1823) пробовали прямо растворять камни пузыря помощью гальваническаго тока,—попытка, принятая и усовершенствованная у насъ, 30 лѣтъ спустя докторомъ Бенсомъ Джонсомъ (1852). Во всякомъ случаѣ инструментальный механизмъ, который требовалъ введенія проволокъ, приведенія ихъ въ соприкосновеніе съ камнемъ, пребываніе ихъ въ пузырѣ во все время электрохимическаго дѣйствія, составляетъ для мочевыхъ органовъ травматическій вредъ болѣе того, который причинилъ бы сеансъ дробленія, произведенный усовершенствованными инструментами новѣйшей науки. Что касается до настоящаго времени, то я смотрю на гальванизмъ, какъ на средство непримѣнимое.

Теперь представляется неизбѣжное заключеніе, неизбѣжное потому, что оно вѣрно. Доказано, что есть шансы растворять лишь маленькіе камни и съ тѣмъ условіемъ, если соединены съ этимъ всѣ другія благопріятныя обстоятельства; и тогда еще цѣль не можетъ быть достигнута безъ долгаго и постояннаго леченія.

Но что, нужно, чтобы уничтожить подобный камень литотритіей? Одинъ, два, рѣдко три сеанса. Доведенная до такой пропорціи литотритія, могу сказать, есть операція наиболѣе вѣрная, скорая и невинная. Такого больнаго камнемъ, который поставленъ во всѣ условія, позволяющія надѣяться на излеченіе растворяющими средствами, ручаюсь, никогда не терялъ во все время моей хирургической практики.

Однакоже оставимъ больному высказать его желаніе при выборѣ способа леченія. Не будемъ отказывать паціенту въ правѣ, стремиться къ тому, что онъ болѣе желаетъ, и если его желанія не всегда проникнуты благоразуміемъ, то мы должны образовать его мнѣніе и выяснить его сужденіе объ относительныхъ достоинствахъ обоихъ способовъ. Каковы эти достоинства, господа, я только что безпристрастно изложилъ ихъ вамъ.

ЛЕКЦІЯ XV.

Воспаленіе мочеваго пузыря и предстательной желѣзы.

Мм. Гг. Тотъ, кто занимается общею медицинскою практикою, во все время своихъ занятій можетъ рѣдко, или совсѣмъ не встрѣтиться съ болѣзнями, которымъ мы посвятили послѣднія изъ бесѣдъ. Есть врачи, ни разу въ жизни не встрѣтившіе камней въ пузырѣ, а въ числѣ встрѣтившихъ не всѣ берутся сами за леченіе этой болѣзни. Предметъ, предстоящій намъ сегодня для разбора, имѣетъ совсѣмъ обратныя условія. Хотя для хирурга онъ даетъ весьма мало данныхъ, которыя мы привыкли считать «интересными», тѣмъ не менѣе воспаленіе мочеваго пузыря привлекаетъ вниманіе изучающаго по другимъ причинамъ. Воспаленіе мочеваго пузыря (cystitis) дѣйствительно есть одна изъ частыхъ болѣзней этого органа, и вамъ въ практикѣ придется лечить ее нерѣдко. Всякое поврежденіе, всякій поводъ къ страданію мочеваго аппарата можетъ служить достаточною причиною для воспаленія пузыря. Страдаетъ-ли человѣкъ тяжелымъ съуженіемъ или камнемъ, боленъ-ли онъ почками или простатой, рано или поздно воспаленіе мочеваго пузыря можетъ обнаружиться, и въ подобныхъ случаяхъ весьма часто острое или хроническое воспаленіе мочеваго пузыря заслоняетъ собою припадки первоначальной болѣзни. Не упускайте изъ виду, что воспаленіе мочеваго пузыря почти всегда является какъ слѣдствіе какой либо опредѣлимой причины, и что въ первичной формѣ оно наблюдается весьма рѣдко. Гоноррея, съуженіе, страданія предстательной желѣзы, задержаніе мочи, или измѣненіе ея состава и проч., играютъ всегда роль ближайшихъ или дальнихъ причинъ воспаленія мочеваго пузыря, и для васъ не трудно открыть ихъ. Если вы

быстро заключите, что воспаленіе мочеваго пузыря развилось первично, идіопатически, то вы должны находиться подъ страхомъ, что настоящая причина болѣзни не открыта, и это конечно зависитъ отъ несовсѣмъ вѣрнаго и точнаго изслѣдованія.

Впрочемъ, уясненіе происхожденія болѣзни иногда ускользаетъ отъ вашихъ похвальныхъ усилій, и легко можетъ случиться, что вы тоже должны будете остановиться на діатезѣ подагры.... Господа, остерегайтесь «подагры», и особенно „скрытой подагры", этого настоящаго убѣжища въ затруднительныхъ случаяхъ для практиковъ, слабыхъ въ точномъ распознаваніи болѣзней. Если и справедливо, что извѣстное число воспаленій мочеваго пузыря и мочеваго канала должны быть разсматриваемы, какъ локализація общаго болѣзненнаго состоянія, то я полагаю, что такого рода случайности встрѣчаются весьма рѣдко. Воспаленіе мочеваго пузыря можетъ быть также произведено нѣкоторыми раздражающими ядами; на первомъ планѣ здѣсь стоятъ шпанскія мушки. Я видѣлъ сильные симптомы воспаленія пузыря, продолжавшіеся десять, двадцать часовъ, вслѣдствіе простой мушки *).

Мы разсмотримъ сперва острую форму воспаленія мочеваго пузыря, потомъ хроническую, и остановимся на послѣдней подольше. Острое воспаленіе пузыря представляется намъ въ двухъ разныхъ формахъ: одна очень опасная и тяжелая, другая менѣе серьезная. Тяжелая форма сопровождаетъ опаснѣйшія травматическія поврежденія мочеваго пузыря. Произвольное распаденіе большаго камня, первый сеансъ литотритіи оставившій въ мочевомъ пузырѣ большіе и твердые осколки, насиліе произведенное литотоміею, и вообще всѣ большія травмы служатъ обыкновенными причинами этой формы болѣзни. Ознобъ, кровяная моча, сильныя боли и чрезвычайная раздражительность пузыря являются признаками развитія болѣзни, и черезъ

*) Можетъ быть будетъ здѣсь нелишнимъ замѣтить, что вліяніе шпанскихъ мушекъ на пузырь никогда не обнаруживается при совершенной цѣлости покрововъ кожи, или говоря другими словами, необходимо предварительное нарушеніе цѣлости epidermis для развитія воспаленія мочеваго пузыря отъ шпанскихъ мушекъ. Случай, о которомъ говорится въ текстѣ, впрочемъ единственный въ моей практикѣ, развился вслѣдствіе прикладыванія мушекъ на колѣно, покровы котораго были сильно измѣнены, подъ вліяніемъ намазыванія іодистою настойкою (Томсонъ).

нѣсколько дней больной гибнетъ. При вскрытіи вы находите слизистую оболочку темно-краснаго цвѣта на всемъ ея протяженіи, или почти на всемъ; въ иныхъ мѣстахъ замѣчаются омертвѣвшія язвы, въ глубинѣ которыхъ видна обнаженная мышечная оболочка.

Болѣе легкія формы остраго воспаленія мочеваго пузыря сравнительно довольно обыкновенны. Здѣсь мы склонны думать, что шейка пузыря служитъ главнымъ мѣстомъ заболѣванія. То, что мы понимаемъ подъ именемъ cystitis, чаще всего въ дѣйствительности ни что иное какъ воспаленіе, захватывающее по преимуществу предстательную желѣзу, или часть мочеваго канала, проходящую чрезъ желѣзу. Даже вѣроятно, что въ началѣ раздраженіе держится исключительно въ предстательной части канала; слизистая же оболочка пузыря заболѣваетъ впослѣдствіи, чрезъ распространеніе воспаленія. Съ другой стороны трудно, говоря анатомически, провести границу между началомъ мочеваго канала и полостью мочеваго резервуара, такъ что выраженіе: «воспаленіе шейки мочеваго пузыря» — часто совершенно справедливо.

Подъ вліяніемъ перелоя, холода, сырости и другихъ условій, повидимому ничтожныхъ, больной замѣчаетъ, что выдѣленіе мочи становится частымъ и затруднительнымъ. Онъ чувствуетъ острую и тупую боль выше лобка; въ то же время моча его становится мутною, не отъ той подмѣси густой и тягучей, о которой я буду вамъ говорить при описаніи хронической формы воспаленія пузыря, но единственно вслѣдствіе усиленнаго отдѣленія нормальной слизи мочеваго пузыря. Къ этимъ мѣстнымъ припадкамъ присоединяется обыкновенно реакція всего организма, выражающаяся преимущественно потерею аппетита и лихорадочнымъ состояніемъ.

Леченіе состоитъ изъ слабительныхъ и легкихъ мочегонныхъ, успокоивающихъ, теплыхъ сидячихъ ваннъ и припарокъ. Въ случаѣ надобности прибавляютъ болеутолительныя средства. Что-же касается настоекъ и отваровъ, которые имѣютъ обыкновеніе здѣсь предписывать, то я сейчасъ васъ съ ними ознакомлю.

Я спѣшу перейти къ хронической формѣ воспаленія мочеваго пузыря, потому что она болѣе всего нуждается въ нашей помощи, и открываетъ болѣе широкое поле нашему ис-

кусству. Поэтому она во всѣхъ отношеніяхъ заслуживаетъ обратить наше вниманіе на нее. Хроническое воспаленіе пузыря является обыкновенно въ двухъ различныхъ видахъ: *простая* форма и форма называемая вообще *катаральной*. Въ простой хронической формѣ замѣчается лишь усиленное отдѣленіе слизи; оно наблюдается также при обыкновенномъ насморкѣ, при воспаленіи слизистой оболочки носа и лобныхъ пазухъ. Тоже самое явленіе происходитъ и въ слизистой оболочкѣ пузыря, и моча смѣшивается со слизью. Кромѣ того внутренняя оболочка пузыря, сдѣлавшаяся чувствительной вслѣдствіе воспалительнаго процесса, не растягивается отъ накопленія мочи, а заставляетъ пузырь тотчасъ-же освобождаться отъ содержимаго, отъ чего зависитъ учащенное мочеиспусканіе.

Рядомъ съ этой формою болѣзни мы встрѣчаемъ другую; въ ней слизь имѣетъ особыя свойства, и поэтому и самая болѣзнь получила наименованіе: «катара мочеваго пузыря»,—одинъ изъ тѣхъ несчастныхъ терминовъ, которые ведутъ фатально къ практическимъ заблужденіямъ. Здѣсь слизь чрезвычайно клейкая, и когда переливаютъ мочу больнаго, то стекаетъ прежде самая моча, и потомъ уже тянется густая и клейкая масса. Она сгущается при спокойномъ положеніи; больной можетъ извергать ее по пинтѣ въ день и болѣе. Нѣкоторые больные извергаютъ ее постоянно цѣлыми мѣсяцами; этому-то страданію и дается преимущественно заграницею названіе катара мочеваго пузыря; выраженіе возбуждающее, преимущественно въ странахъ, гдѣ оно принято, идею о неизлечимости и опасности болѣзни. Дѣйствительно, сказать иностранцу, что у него катаръ мочеваго пузыря, значитъ встревожитъ паціента до крайности. Отчего это господа? Потому что на катаръ пузыря смотрятъ какъ на самостоятельное страданіе, а не какъ на припадокъ. А между тѣмъ этотъ катаръ не болѣе самостоятеленъ, какъ и водяная, напримѣръ.

Въ былое время мы говорили о водяной, какъ о страшной болѣзни, и теперь еще это мнѣніе публики. Но нынѣ я надѣюсь, любой внимательный ученикъ принимаетъ ее только какъ симптомъ, котораго причину онъ отыскиваетъ въ поврежденіи сердца, или въ страданіи почекъ, печени, и проч. Точно такого-же свойства и катаръ мочеваго пузыря. Ищите причину катара, и изъ десяти разъ девять вы ее найдете, и

почти всегда будете въ состояніи справиться съ нею. Потому не спрашивайте меня, наравнѣ съ тѣми, кто тѣшится словами, какое леченіе примѣнимо для катара пузыря, но будьте болѣе проницательны и старайтесь только опредѣлить условія его происхожденія.

Изъ всѣхъ условій, самое обыкновенное и малоизвѣстное есть безсиліе мочеваго пузыря, мѣшающее ему освобождаться вполнѣ отъ содержимаго, или вслѣдствіе атоніи стѣнокъ, или вслѣдствіе затрудненія со стороны предстательной желѣзы. Не смотря на то, слизистогнойное отдѣленіе, характеризующее катаръ, не всегда является въ подобныхъ случаяхъ, и я не могу вамъ сказать теперь, какимъ образомъ въ извѣстныхъ случаяхъ моча содержитъ лишь нѣсколько клочковъ слизи, между тѣмъ какъ въ другихъ, во всѣхъ отношеніяхъ сходныхъ случаяхъ, она содержитъ большую подмѣсь клейкаго вещества *).

Относительно леченія, прежде всего необходимо тщательно опорожнять мочевой пузырь, два или три раза въ день, съ помощью катетера; опорожниваніе это должно производить съ величайшей осторожностью и слѣдовать всѣмъ тѣмъ указаніямъ, которыя я изложилъ вамъ въ пятой лекціи. Это необходимая предосторожность, потому что разложеніе мочи является въ свою очередь причиною постояннаго и дѣятельнаго раздраженія слизистой оболочки. Мочевина, какъ нормальный продуктъ отдѣленія, выходитъ изъ мочеточниковъ въ неиспорченномъ видѣ, но скоро затѣмъ разлагается на углекислый аммоніакъ; послѣдній весьма ѣдокъ и способенъ сильно раздражать ткани.

---

*) Клейкое вещество при катарѣ мочеваго пузыря должно быть разсматриваемо какъ продуктъ гнойнаго воспаленія слизистой оболочки и щелочнаго броженія мочи.

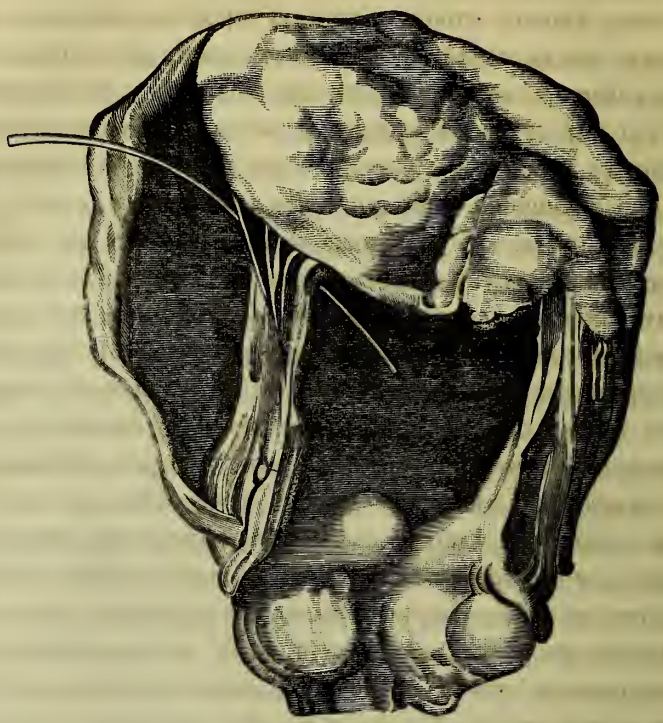
Пока отдѣленіе слизи пузыря ограничивается только увеличеніемъ въ количествѣ, до тѣхъ поръ моча представляется просто клочковатой; но какъ только начинается гнойный процессъ, какъ только внутренняя оболочка резервуара изъязвляется и становится гранулезной, то въ мочѣ замѣчается подмѣсь гноя. Если при этихъ условіяхъ мочевина (ureum) подвергается разложенію, то образуется углекислый аммоніакъ, который превращаетъ гной въ тянущуюся и опаловидную массу.

Можно непосредственно произвести опытъ, если налить углекислаго аммоніака, или кали на гной происшедшій изъ нарыва. Поэтому *катаръ мочеваго пузыря есть ничто иное, какъ гнойное воспаленіе пузыря съ щелочнымъ броженіемъ мочи*; при этомъ слизистая оболочка изъязвлена и гранулирована, мочевина разлагается; это суть важные элементы для распознаванія и предсказанія.

Объясните больному, что его мочевой пузырь, не освобождаясь вполнѣ отъ своего содержимаго, можетъ быть цѣлые мѣсяцы, находится приблизительно въ тѣхъ же условіяхъ нечистоты, какъ сосудъ для мочи, который никогда не чистятъ, сравненіе достаточно вѣрное, чтобы вразумить профана; оно еще лучше оцѣнится, когда послѣ нѣсколькихъ дней катетеризма, пропорція слизи въ мочѣ значительно убавится. Допустимъ однако, что методичное и каждодневное опорожниваніе пузыря не производитъ желаемыхъ результатовъ, или даетъ только незначительное улучшеніе. Что вы тогда сдѣлаете? Господа, есть одна случайность, которая можетъ быть никогда не была ни наблюдаема, ни опубликована и для васъ важно знать ее; вотъ эта случайность: *существуютъ мочевые пузыри, которые невозможно вполнѣ опорожнить катетеромъ.* Я объясняюсь: когда предстательная желѣза имѣетъ неправильное очертаніе и даетъ дольки по направленію къ мочевому пузырю, то этими дольками образуются пазухи, впадины, которыя мѣшаютъ извлечь катетеромъ нѣсколько драхмъ мочи. Это не все еще; стѣнки пузыря нерѣдко сами изрыты множествомъ небольшихъ впадинъ или клѣтотекъ, вызывающихъ тоже явленіе. Если существуетъ въ продолженіи нѣкотораго времени какое либо препятствіе въ шейкѣ мочеваго пузыря, то каждодневныя усилія опорожнить пузырь, хотя-бы не очень значительныя, производятъ всегда гипетрофію мускульныхъ волоконъ, входящихъ въ составъ стѣнокъ пузыря. Съ другой стороны, вы знаете, что всякое давленіе на жидкость распространяется во всѣ направленія. Чтоже происходитъ со временемъ отъ этого? Здѣсь наблюдается слѣдующее: изгоняющая сила сдавливаетъ жидкость съ большею энергіею, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, что и отражается на слизистой оболочкѣ, которая отъ этого, подобно тому какъ при грыжѣ, вдавливается между мускульными волокнами, такъ что получаются клѣтки или мѣшечки между мышенными пучками, о которыхъ я вамъ говорилъ. Не рѣдко случается, что осаждающіяся известковыя отложенія въ этихъ клѣткахъ производятъ камни, замкнутые въ стѣнки пузыря. Но что постоянно наблюдается, это безусловная задержка мочи въ этихъ маленькихъ резервуарахъ, на днѣ которыхъ, за невозможностью правильнаго стока, моча разлагается и становится источникомъ раздраженія. Можетъ даже

случиться, что эти клѣтки достигнутъ большихъ размѣровъ, какъ это представляетъ рис. 28.

Рис. 28.



Разрѣзъ пузыря и предстательной желѣзы. Слѣва большая полость, сообщающаяся съ собственно пузырной полостью маленькимъ отверстіемъ, чрезъ которое проведенъ тонкій бужъ.

Очевидно, что въ такомъ случаѣ катетера недостаточно, чтобъ опорожнить вполнѣ мочевой резервуаръ, и что въ клѣткахъ всегда остается достаточное количество разложившейся жидкости, чтобы поддержать патологическое состояніе слизистой оболочки. И вотъ, что вы должны дѣлать: покрайней мѣрѣ разъ въ день вымывайте внутренность мочеваго пузыря чистой тепловатой водой, прежде чѣмъ извлечете катетеръ. Но сознаюсь, что я очень взыскателенъ на счетъ способа исполненія этой операціи. Дѣло въ томъ, что омыванія, смотря по тому какъ они производятся, могутъ быть отличнымъ способомъ леченія, или средствомъ непремѣннаго и серьезнаго раздраженія пузыря. Обыкновенный способъ, т. е. тотъ, который употреблялся до сихъ поръ, состоялъ въ томъ, что къ катетеру, боль-

шею частію серебряному (а вы знаете мой взглядъ на неудобства металлическихъ катетеровъ) прилаживался большой мѣдный сифонъ, и затѣмъ въ мочевой пузырь впрыскивалось съ силою отъ шести до восьми унцій воды.

Весьма желательно, чтобы вы не употребляли подобный способъ, какъ ничѣмъ неоправдываемый; онъ по моему мнѣнію можетъ произвести болѣзнь даже въ здоровомъ пузырѣ, а тѣмъ болѣе въ органѣ уже измѣненномъ патологически. Мочевой резервуаръ есть органъ нѣжный и привыкшій къ постепенному растяженію—медленнымъ и постояннымъ накопленіемъ почечнаго отдѣленія. Наши дѣйствія необходимо должны походить на естественныя отправленія. Никогда не вводите съ разу болѣе двухъ унцій жидкости, еще лучше не доходить и до этого количества.

Вотъ какъ я совѣтую вамъ поступать. Во первыхъ, введите въ пузырь эластическій катетеръ. Потомъ вы берете каучуковый пузырь, вмѣстимостью въ четыре унца, снабженный трубочкой и краномъ; трубочка должна быть достаточно длинна и тонка, чтобы могла подойти къ каждому катетеру, объемъ котораго колеблется между № 5-мъ и 10-мъ нашего дѣленія (англійскаго). Вы наполняете пузырь теплой водой, приблизительно около ста градусовъ Фаренгейта (около 37—38 Цельсія, 30—31 Реомюра), приспособляете осторожно, безъ толчковъ, трубочку къ катетеру и наконецъ вводите медленно, около четверти содержимаго. Первая четверть выйдетъ навѣрное густая и грязная, но вторая, введенная съ тѣми-же предосторожностями, будетъ менѣе густа; третья—будетъ еще прозрачнѣе, а четвертая будетъ по всей вѣроятности почти совершенно свѣтла. Эти четыре промыванія, каждое по унціи, будутъ дѣйствительнѣе, чѣмъ два, по двѣ унціи каждое. Не забывайте моего постояннаго наставленія: какъ можно менѣе раздражать инструментомъ. Этимъ путемъ изъ десяти больныхъ девять взглянутъ на вашу операцію, какъ на облегченіе ихъ страданій.

Есть и другіе способы промывки пузыря, но тотъ, на который я вамъ указалъ, самый простой. Главное, чтобы вы никогда не удалялись отъ принципа, долженствующаго управлять всѣми маневрами этого рода.

Если такая промывка не дѣйствительна, то можете попробовать, нерѣдко съ большимъ успѣхомъ, лекарственныя впры-

скиванія. Лучше всего слабыя, вяжущія средства, когда моча щелочна и въ ней осѣдаютъ фосфаты, то plumbum aceticum,— въ каждодневной дозѣ не болѣе 1 грана на четыре унца теплой воды. Затѣмъ слѣдуютъ впрыскиванія слабой азотной кислоты отъ 1 до 2 капель на унцъ воды.

Вы можете еще попробовать слабый растворъ лариса: сначала 1 гранъ на четыре унца жидкости. Постепенно вы можете увеличить до 1/2 гр., и даже до грана на унцію жидкости. Фениловая кислота (отъ 1 до 2 гранъ на 4 унца воды) также можетъ быть впрыскиваема, въ особенности когда моча разлагается и производитъ раздраженіе.

Наконецъ успокоивающее впрыскиваніе, которое я вамъ особенно рекомендую: растворъ двуборнокислаго натра въ глицеринѣ. Вы можете его употреблять, когда нѣтъ показаній къ вяжущимъ средствамъ, или и въ смѣси съ вяжущими. Счастливые результаты буры съ глицериномъ при болѣзняхъ рта заставили меня попробовать это средство противъ воспаленія пузыря, и опытъ оправдалъ ожиданія.(*) Вотъ моя формула:

Буры 1 унція.
Англійскаго глицерина.
Дистилированной воды по 2 унціи.

Для спринцованія въ пузырь берется двѣ или три столовыя ложки этого раствора на 4 унціи теплой воды. Я вамъ постоянно даю пропорцію на 4 унца жидкости, потому что вмѣстимость каучуковаго пузыря равняется этому количеству; я же вамъ рекомендую этотъ аппаратъ, какъ наиболѣе удобный.

Недавно много хвалили впрыскиваніе, состоящее изъ 1, или 2 гранъ хинина, растворенного при помощи одной, или двухъ капель уксусной кислоты въ одномъ унцѣ воды, для нейтрализаціи вліянія испорченной и содержащей слизь мочи. Я самъ часто

*) При воспаленіяхъ рта, бура, borax, biborate de soude, дѣйствуетъ по преимуществу какъ щелочь. Вѣроятно ея счастливыя дѣйствія при воспаленіи пузыря зависятъ отъ ея противубродильныхъ качествъ, доказанныхъ Дюма. Въ послѣднее время Дюбрейль (въ Парижѣ) доказалъ опытомъ, что кремнекислый натръ имѣетъ еще болѣе противубродильныхъ свойствъ, изъ чего слѣдуетъ, что эта соль еще вѣрнѣе буры предупредитъ превращеніе мочевины въ углекислый аммоніакъ. У пожилаго человѣка, страдавшего гипертрофіею простаты и параличемъ мочеваго пузыря, спринцованія теплой водой не привели ни къ какому результату. Дюбрейль спринцовалъ тогда растворомъ кремнекислаго натра, 1 часть на 200 частей. Тотчасъ моча стала кисла, гной и слизь исчезли (Bulletin de la Société de chirurgie, 13 novembre 1872).

употреблялъ этотъ растворъ и иногда получалъ нѣкоторое улучшеніе.

Когда воспаленіе пузыря сопровождается сильными болями, то весьма умѣстно прибѣгнуть къ наркотическимъ впрыскиваніямъ, но отъ этого средства не ожидайте большой помощи. Не безпокойтесь о дозѣ въ такихъ случаяхъ, потому что слизистая оболочка пузыря далеко не сходна со слизистою оболочкою сосѣдней съ нею прямой кишки, и не обладаетъ способностью всасыванія *). Лучше всего дѣйствовать чрезъ слизистую обо-

*) Нѣкто счелъ нужнымъ въ медицинскомъ журналѣ поднять сомнѣнія на счетъ вѣрности моихъ утвержденій касательно наркотическихъ впрыскиваній въ пузырь и даже предупредилъ моихъ читателей, что умно будетъ иногда не довѣряться моимъ словамъ. Безъ этаго подозрѣнія было-бы излишне упоминать, что высказанный мною взглядъ основывается на многочисленныхъ наблюденіяхъ и опытахъ. Но не будемъ измѣнять вопросъ; отрицая всасывающее свойство пузыря, я имѣлъ единственно цѣлью указать сомнительную пользу наркотическихъ впрыскиваній и избѣгать ихъ назначенія. Критику своему я отвѣтилъ, впустивъ просто 4 драх. liqu, opii Sydenh. въ пузырь больнаго, страдающаго воспаленіемъ послѣдняго. Этотъ опытъ былъ повторенъ 4 раза въ University College Hospital въ присутствіи студентовъ; вы сами могли убѣдиться въ отсутствіи всякихъ симптомовъ отравленія опіумомъ. А между тѣмъ доза въ 20 капель (одинъ граммъ), данная чрезъ ротъ, вызвала всѣ симптомы отравленія въ весьма сильной степени. (Томсонъ). (*)

*) Уже нѣсколько лѣтъ тому назадъ профессоръ Кюссъ, въ Страсбургѣ, отрицалъ способность всасыванія пузыря, смотрѣлъ на эпителій этого органа какъ на матеріалъ весьма препятствующій эндосмозу. Это убѣжденіе, основанное на клиническихъ данныхъ, было подтвержденно опытами надъ животными и сдѣлалось интереснѣйшимъ предметомъ его оригинальнаго ученія. Кюсъ преподавалъ непроходимость не только мочеваго эпителія, но также эпителія кожи, плевры и желудка. Для этого физіолога плоскія эпителіальныя клѣтки составляютъ непреодолимыя преграды въ здоровомъ и живомъ состояніи; испорченность ихъ и смерть выражается проявленіемъ проницаемости. Такимъ образомъ шпанская мушка допускаетъ высыханіе кожи; — уремія появляется при воспаленіяхъ пузыря съ изъязвленіемъ слизистой оболочки. Подобнымъ-же образомъ туберкулы плевры производятъ плевростическое изліяніе и проч. Кюссъ сравнивалъ мостовидный эпитолей съ клѣтками epicarpi фруктовъ вообще и винограда въ особенности; эти клѣтки недопускаютъ испаренія жидкаго содержимаго фруктовъ, даже при самомъ сильномъ солнцѣ. Опыты Кюсса были провѣрены и подтверждены однимъ изъ его учениковъ, докт. Susini въ 1864, (Théses de Strasburg). Молодой изслѣдователь для окончательнаго уясненія вопроса о поглащающей силѣ пузыря, сдѣлалъ двойной рядъ опытовъ, первый надъ животными, второй надъ людьми. *1-е. опыты надъ животными.* Растворъ желѣзо-ціанистаго потассія былъ вводимъ въ пузырь кроликовъ, лягушекъ и морскихъ свинокъ. Затѣмъ наружная поверхность пузыря была смазана полуторохлористымъ желѣзомъ. Характеристичная голубая окраска едва получалась въ промежуточекъ времени отъ 20 минутъ до 2-хъ часовъ послѣ смерти животнаго. Если желаютъ получить немедленно явленіе окраски, достаточно только уничтожить эпителіальную поверхность, пройдя въ пузырь проволокою чрезъ мочевой каналъ; немедленно соотвѣтственно раненому мѣсту является синее пятно. 2-е *опыты надъ человѣкомъ.* Сюзини производилъ изслѣдованіе самъ надъ собою и вводилъ себѣ въ мочевой пузырь

лочку прямой кишки: если больной страдаетъ спазмами и сильными болями, наиболѣе примѣнимъ suppositorium изъ $^1/_2$—1 грана морфія съ масломъ какао.

Отвлекающія средства имѣютъ второстепенную важность при вашемъ пользованіи. Болѣе вѣрное и безвредное изъ отвлекающихъ, которое-бы вы могли употребить, это теплая припарка изъ льнянаго сѣмя, посыпанная порошкомъ горчицы и приложенная сверху лобка. Я съ умысломъ умалчиваю о кротоновомъ маслѣ, о ляписѣ и проч. Сухія припарки: мѣшочки теплой золы или песку, теплая фланель и проч. всегда нѣсколько успокоиваютъ боль. Точно также дѣйствуютъ сидячія ванны.

Затѣмъ слѣдуетъ цѣлый рядъ настоевъ и отваровъ, наиболѣе рекомендуемыхъ при леченіи воспаленія мочеваго пузыря. Я вамъ назову нѣкоторые изъ нихъ, по ихъ приблизительной дѣйствительности. Это отвары изъ Бушю *), triticum repens (radix

---

10 граммовъ іодистаго потассія, 5 граммовъ желѣзо-ціанистаго потассія, настой изъ 4 граммовъ сухихъ листьевъ белладоны, и не чувствовалъ ни малѣйшихъ признаковъ всавыванія ядовитыхъ веществъ и не могъ доказать ни малѣйшаго слѣда ихъ въ слювѣ самыми чувствительными реактивами. Настой белладоны, послѣ трехъ часоваго пребыванія въ мочевомъ пузырѣ, не производилъ даже расширенія зрачка. Эти опыты замѣчательны необыкновенною точностію, съ которою они были дѣланы, описаніемъ малѣйшихъ подробностей и поэтому онѣ ввѣ всякаго сомнѣнія и вполнѣ противорѣчатъ опытамъ Сегала и Мартино, напротивъ подтверждаютъ самымъ положительнымъ образомъ непроницаемость эпителія мочеваго пузыря въ здоровомъ состояніи. Въ письменномъ сообщеніи, которое намъ сдѣлалъ Генри Томсонъ, онъ говоритъ, что клиническія данныя привели его также къ отрицанію поглощающей силы пузыря. Многочисленные опыты и наблюденія, о которыхъ говорится къ его замѣткахъ, были сдѣланы на больныхъ. Съ цѣлью облегчать страданія нѣкоторыхъ изъ нихъ, Томсонъ вводилъ имъ въ пузырь по 25 сентигр. морфія, а иногда 4 грамма белладоны, и не получалъ ни малѣйшихъ результатовъ физіологическаго или терапевтическаго дѣйствія этихъ веществъ. Liqu.; opii Sedat. употребленный при послѣднихъ опытахъ въ «University College-Hospital», не много болѣе дѣйствителенъ чѣмъ laudanum; жидкость эта назначается обыкновенно въ количествѣ 20—30 капель. Томсонъ давалъ до $^1/_2$ унцій. Поэтому онъ считаетъ пузырь простымъ резервуаромъ, который не принимаетъ физіологическаго участія въ человѣческомъ организмѣ; резервуара этого не достаетъ у извѣстныхъ животныхъ (рыбъ и пресмыкающихся), а у тѣхъ, у которыхъ овъ существуетъ, назначается онъ исключительно для временнаго задержанія мочи. и позволяетъ ждать удобной минуты для испусканія этой жидкости—природная предосторожность чистоплотности. Какъ видно, опыты *Кюсса, Сюзини* и *Томсона* дополняются и объясняются обоюдно. Однакожъ не надо упускать изъ виду, что эпителій пузыря не проницаемъ пока онъ здоровъ; результаты будутъ совершенно иные, если бы неловкое зондированіе поравило эту ткань и отняло-бы у нее ея физіологическія свойства.

*) Бушю или Букко, buccо crenata, diosma crenata, растеніе изъ семейства rutaceae, отечествомъ изъ мыса Доброй Надежды, очень часто употребляется въ Соединенныхъ

graminis, пирей), alchimella arvensis, pareira brava*) и folia uvae ursi (талокнянка); здѣсь наши традиціонныя ложки становятся недостаточными для указанія дозъ. Перваго, четвертаго и пятаго средства давайте по полъ пинты въ день; втораго и третьяго давайте по цѣлой пинтѣ. Сообразно съ обстоятельствами вы приготовите отваръ или настойку **).

Корневище отъ triticum repens, radix graminis было введено мной, нѣсколько лѣтъ тому назадъ, при леченіи воспаленія пузыря; это средство, дѣйствительно полезное, можетъ часто въ практикѣ приносить пользу. Унцію, или двѣ кипятятъ въ литрѣ воды до остатка въ полъ-литра; процѣживаютъ и даютъ больному въ четыре пріема, въ теченіи 24 часовъ. Народное средство древней медицинской флоры, triticum repens, составляло основу леченія «странгуріи», выраженіе, которое въ тѣ вѣка, когда наука наша была еще въ колыбели, служило для обозначенія задержаннаго испражненія мочи отъ какой-бы причины оно ни зависѣло.

Alchimella arvensis по моему мнѣнію даетъ хорошіе результаты въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Я употребляю ее какъ настой, въ количествѣ унціи на пинту воды. Наравнѣ съ этими декоктами надо оставить мѣсто нѣкоторымъ смоламъ, которыя тоже оказываютъ вліяніе на слизистую оболочку пузыря, какъ напримѣръ: копайскій бальзамъ, масло сандальнаго дерева (oleum ligni santali), венеціанскій теребентинъ и проч. Не надо ихъ прописывать въ той-же пропорціи, какъ и при перелоѣ; 5 гранъ копайскаго бальзама или масла кубебы, распущенные въ слизистой жидкости, въ пріемахъ по три, четыре раза въ день, вполнѣ достаточны и оказываютъ иногда несомнѣнныя услуги.

Одно слово о щелочахъ. Вообще щелочь нейтрализуетъ излишекъ кислоты, содержащейся въ мочѣ, и имѣетъ большое

Штатахъ. Дѣлается изъ него infusum изъ 7 унцій на 1/2 унціи воды. Употребляется также и tinctura diosmae crenatae на пріемъ отъ 2 драхмъ до 1 унціи въ сутки.

П. Заблоцкій.

*) Pareira brava, изъ семейства menispermeae, отечественномъ изъ Бразиліи. Его корень употребляется въ Англіи. Употребляется infusum отъ 1/2 унціи на 1 фун. воды. Экстрактъ употребляется отъ 10 гранъ до полдрахмы въ сутки. *П. З.*

**) Въ послѣдніе годы начали сонѣтонать въ этой болѣзни употреблять infusum изъ листьевъ эйкалипта: Folior Eucalypti globuli 1/2 унціи f. l. a. infusum 6 унціи D. s. по ложкѣ столовой 5—6 разъ въ день. *П. З.*

значеніе какъ вспомогательное средство при леченіи воспаленія пузыря. Я употребляю liquor potassae *) также охотно, какъ лимонно-кислую, двууглекислую и винно каменно кислую соли съ тѣмъ-же основаніемъ; но я упрекаю эти послѣднія въ томъ, что онѣ, какъ мнѣ кажется, имѣютъ болѣе сильное мочегонное дѣйствіе. Отдѣленіе мочи усиливается, тогда какъ именно желаютъ получить противоположный результатъ и уменьшить частоту мочеиспусканія. Древній обычай прибавлять бѣлену, hyoscyamus къ liquor kali, мнѣ кажется долженъ быть сохраненъ, не смотря на разнохарактерность этихъ двухъ веществъ. Дѣйствительно белладона и бѣлена теряютъ свою специфичность при смѣшеніи съ растворомъ кали; химически это можетъ быть справедливо, но я твердо убѣжденъ, что соединеніе наркотическихъ и щелочныхъ успокоиваетъ боль и уменьшаетъ частоту мочеиспусканія. Вотъ почему съ нѣкотораго времени я вернулся къ старинному рецепту.

Теперь просмотримъ кислоты: убѣдитесь во-первыхъ въ той истинѣ, что кислоты ни въ какомъ случаѣ не могутъ уменьшить щелочной реакціи мочи. Остерегайтесь общаго повѣрья, что можно сообщить мочѣ кислую реакцію, вводя пищеварительными путями минеральныя кислоты. Съ помощію щелочи, вы сдѣлаете мочу нейтральной, или щелочной сколько вамъ угодно, но обратно, т. е. сдѣлать реакцію мочи кислою при посредствѣ кислотъ, ничто иное какъ терапевтическая иллюзія. Я постоянно слышу: моча больнаго чрезвычайно щелочна, не прибѣгнуть-ли намъ къ кислотамъ? На что я отвѣчаю: если вы очень желаете, то дайте больному кислоты унцію, или двѣ въ день, но вы навѣрное не измѣните этимъ реакцію мочи. Я самъ употреблялъ эти дозы, разумѣется значительно разбавленныя водою, но безъ малѣйшаго успѣха. Кислоты очень полезны своимъ тоническимъ и сосудодвигательнымъ дѣйствіемъ, но не ожидайте отъ нихъ непосредственнаго дѣйствія на мочу.

Однако я долженъ сдѣлать нѣкоторую оговорку въ пользу бензойной и лимонной кислотъ; но чтобы получить отъ нихъ

*) Liquor potassae по англійской формакопеѣ приготовляется слѣдующимъ образомъ: aquae, 400 граммовъ; potassae, 50 граммовъ; calcis vivae 25 граммовъ. Этотъ продуктъ прописывается отъ 10 капель до полдрахмы въ день, но его нужно разводить въ значительномъ количествѣ водой во избѣжаніе раздраженія желудочно-кишечнаго канала-

видимую пользу, надо давать ихъ въ такомъ количествѣ, что приходится спрашивать себя — лекарство не хуже-ли болѣзни. Бензойная кислота, благодаря ея бальзамическимъ свойствамъ, предписывается въ извѣстныхъ случаяхъ при хроническихъ заболѣваніяхъ пузыря. Такъ какъ она не растворяется въ водѣ, то ее и даютъ въ видѣ пилюль; 3 или 4 грана кислоты, смѣшанные съ каплею глицерина, представляютъ хорошій составъ для пилюли. Но придется давать по 12 штукъ въ день и ужъ никакъ не менѣе 6, чтобы имѣть возможность разсчитывать на успѣхъ; это составитъ въ сутки до 24-хъ грановъ. Сокъ лимона имѣетъ также окисляющее вліяніе на мочу, и если желудокъ переноситъ его, то можно предписывать его въ большомъ количествѣ. Въ итогѣ главный фактъ, который слѣдуетъ запомнить, фактъ основывающійся на клиническихъ наблюденіяхъ химическихъ измѣненій мочи,—слѣдующій.

Излишекъ кислоты въ мочѣ указываетъ на общее разстройство, на измѣненіе во всемъ организмѣ; это есть продуктъ неправильнаго отдѣленія, которое измѣняетъ реакцію мочи съ момента образованія ея въ почкахъ. При такихъ условіяхъ необходимо общее леченіе; оно должно быть направлено на фукціи усвоенія, болѣе чѣмъ на отдѣлительные органы. Поэтому старайтесь поправить привычки больнаго и наблюдайте за образомъ его жизни; слѣдите въ особенности за правильными отправленіями печени и кишекъ. Напротивъ того, постоянная щелочность мочи доказываетъ въ 19 случаяхъ изъ 20, чисто мѣстный характеръ заболѣванія, вторичное проявленіе, вызванное болѣзнію мочеваго пузыря. Чтобы убѣдиться, постарайтесь достать образчикъ мочи прямо изъ почекъ, я хочу сказать, которая бы не была испорчена пребываніемъ въ мочевомъ пузырѣ, неоставалась-бы въ немъ долго. Вы увидите, что эта моча достаточно кисла. Вотъ почему щелочность мочи указываетъ на необходимость мѣстнаго леченія катетеромъ и впрыскиваніями, а не внутренними средствами. Иногда конечно вамъ встрѣтится, какъ послѣдствіе конституціональной дискразіи, моча нейтральной или щелочной реакціи съ осадками фосфорнокислыхъ солей, но эти случаи весьма рѣдки въ сравненіи съ тѣми, о которыхъ я сейчасъ говорилъ вамъ *).

*) Къ несчастію встрѣчаются случаи, въ которыхъ воспаленіе пузыря противустоитъ всѣмъ этимъ средствамъ не смотря на тщательныя промыванія и терапевти-

Я закончу мою лекцію краткимъ обозрѣніемъ *острой и хронической формы воспаленія предстательной желѣзы*, prostatitis. Первая изъ нихъ представляетъ въ своемъ теченіи различные оттѣнки опасности; вообще она представляется практику тогда, когда производитъ задержаніе мочи, при чемъ запирается шейка мочеваго пузыря. Я подробно изложилъ вамъ въ шестой лекціи, что вы должны дѣлать въ подобномъ случаѣ. При подобныхъ процессахъ нерѣдко органъ значительно увеличивается и дѣлается чрезвычайно чувствительнымъ. Воспаленіе нерѣдко можетъ произвести нагноеніе въ самой желѣзѣ или сосѣднихъ тканяхъ; этого рода нарывы вскрываются либо въ мочевой каналъ, что случается чаще, либо въ прямую кишку.

Хроническое воспаленіе предстательной части мочеваго канала менѣе знакомо для насъ и труднѣе распознается; оно распространяется обыкновенно болѣе или менѣе и на самую желѣзу.

Хроническое prostatitis встрѣчается, довольно часто и слѣдо-

ческое леченіе, моча остается мутной и аммоніачной, производитъ раздраженіе тканей; позывы мочиться повторяются ежеминутно, воспаленіе переходитъ по продолженію тканей отъ мочеточниковъ къ почкамъ, и больной изнемогаетъ подъ вліяніемъ постоянныхъ тенезмовъ, не менѣе чѣмъ отъ гнойной формы воспаленія пузыря, и медленно погибаетъ въ ужасныхъ мученіяхъ. Однакожъ многіе изъ подобныхъ больныхъ могутъ быть спасены. Они будутъ спасены хирургіей при условіи, если оперативная помощь будетъ подана во время, т. е. до пораженія паренхимы почекъ. Дѣйствительно, самый непріятный и тяжелый припадокъ, который наиболѣе здѣсь противится леченію, является въ видѣ постояннаго спазма мускула мочеваго пузыря; онъ борется постоянно противъ вязкаго вещества, наполняющаго дно; отъ этого вещества всегда остается раздражающій остатокъ. Постоянные спазмы не только истощаютъ больнаго нервнымъ разстройствомъ, но кромѣ того усиливаютъ гипертрофію стѣнокъ пузыря, уменьшаютъ вмѣстимость резервуара и способствуютъ расширенію мочеточниковъ; въ заключеніе они нарушаютъ покойное положеніе и неподвижность тканей, и этимъ путемъ лишаютъ ихъ главнаго условія для излеченія и облегченія каждаго воспаленія. Увлекаясь этими данными и для того, чтобы дать покой мускулу мочеваго пузыря, американская школа возъимѣла счастливую и смѣлую мысль, противупоставить цистотомію въ извѣстныхъ случаяхъ воспаленію пузыря, не уступающихъ леченію. Первая мысль принадлежитъ профессору Вильяму Паркеру, изъ Нью-Іорка (3 іюня 1846), и ему произведеніе операціи надъ человѣкомъ (23 ноября 1850). Честь перваго успѣха принадлежитъ профессору Еве, изъ Нагивиля (1866). Мысль подобнаго леченія женщинъ принадлежитъ Маріону Симсу (1858), а исполненіе ея знаменитому его ученику Томасу Аддису Еммету (1861).

Цистотомія при упорномъ воспаленіи пузыря, сопровождаемомъ спазмами и натугами, нынѣ включена въ общую практику женскаго госпиталя въ Нью-Іоркѣ, гдѣ одинъ изъ насъ могъ оцѣнить счастливые исходы для такихъ больныхъ, которыя въ противномъ случаѣ осуждены были-бы на столь-же несчастную, сколь и неизбѣжную смерть.

вательно болѣзнь эту необходимо знать. Она чаще всего, но не всегда, происходитъ вслѣдствіе упорной гоннореи, и я уже описалъ вамъ ее, какъ болѣзнь, симптомы которой могутъ быть легко смѣшаны съ припадками камня. Больной лѣтъ двадцати или тридцати говоритъ вамъ, что замѣтилъ въ себѣ послѣдовательное развитіе слѣдующихъ припадковъ: частое мочеиспусканіе съ послѣдовательною болью въ наружномъ отверстіи члена; изрѣдка показывается кровь съ послѣдними каплями мочи; отдѣляемое мутно и содержитъ слизисто гнойный осадокъ; въ тоже время ощущается легкій жаръ и тягость въ окружности промежности и rectum; можетъ быть иногда замѣчается нѣкоторое выдѣленіе изъ мочеваго канала; всѣ эти припадки усиливаются при движеніяхъ и усталости. Согласитесь, что на основаніи такаго описанія можно заподозрить присутствіе камня. Какъ разрѣшите вы сомнѣніе?

Посредствомъ зонда и анамнеза. Послѣдній покажетъ вамъ, что больной не испыталъ никакихъ припадковъ сходныхъ съ почечнымъ камнемъ, или съ отдѣленіемъ песку; но что паціентъ страдаетъ уже въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ гонореей, неподдающейся никакому леченію. Зондъ, введеніе котораго въ этихъ случаяхъ необходимо, ничего не находитъ въ мочевомъ пузырѣ, зондъ вамъ указываетъ только на чрезмѣрную чувствительность предстательной части мочеваго канала, и въ результатѣ вашего изслѣдованія часто появляется ухудшеніе положенія больнаго на день, или на два.

Какое леченіе вы предпримете?—Прежде всего воздержитесь отъ введенія всякаго инструмента, потому что въ большинствѣ случаевъ инструментъ причиняетъ вредъ. Здѣсь дѣлайте то, что дѣлали-бы вы при хроническомъ воспаленіи глаза или уха, т. е. прикладывайте мушки по сосѣдству. Вы возьмете linimentum epispasticum, намазывайте кистью каждые 4—5 дней по сторонамъ raphe perinaei. Но будьте осторожны, избѣгайте лишнихъ мученій для больнаго и не затрудняйте ему вставаніе. Придерживайтесь этого способа въ продолженіи четырехъ, шести недѣль. Путемъ такаго леченія я получалъ наилучшіе результаты; я назначалъ вмѣстѣ съ тѣмъ правильный режимъ и tonica внутрь. Больной чувствуетъ себя счастливымъ при перемѣнѣ глухихъ постоянныхъ болей, въ промежности, на летучія боли отъ мушекъ, и съ радостью заявляетъ, какъ

первые уступаютъ постепенно вторымъ. Въ исключительныхъ случаяхъ, гдѣ хроническое истеченіе изъ канала составляетъ главный симптомъ, иногда весьма полезно впрыснуть въ предстательную область мочеваго канала растворъ ляписа отъ пяти до десяти гранъ на унцію воды. Въ слѣдующей лекціи мы будемъ продолжать изученіе болѣзней мочеваго пузыря.

Дополненіе объ остромъ и хроническомъ воспаленіи предстательной желѣзы, заимствованное нами изъ сочиненія профессора Генри Томсона: The Diseases af the Prostate. 4 Ev. dit.

Острое воспаленіе предстательной желѣзы безъ сомнѣнія не принадлежитъ къ числу частыхъ болѣзней, если взять ее въ отдѣльности, независимо отъ воспаленія мочеваго канала или пузыря. Воспаленіе послѣдняго иногда отзывается на простатѣ, хотя и не въ очень рѣзкой мѣрѣ. Но, въ силу основнаго закона, который повидимому управляетъ распространеніемъ болѣзней по поверхности всѣхъ слизистыхъ оболочекъ, воспаленіе обыкновенно подвигается извнѣ по направленію къ глубокимъ частямъ. Такимъ образомъ, приступъ перелоя, поразившій 4 или 5 передніе сантиметра канала, можетъ распространиться кзади и утвердиться, что, мнѣ кажется, нерѣдко случается въ части канала, наиболѣе богатой сосудистою тканью, т. е. въ луковичной части. Конечно отъ этого зависитъ развитіе съуженій, такъ часто встрѣчающихся въ этомъ отдѣлѣ канала. Въ исключительныхъ обстоятельствахъ, воспаленіе можетъ пойти еще дальше, и тогда поражается предстательная желѣза. Это наиболѣе частый способъ происхожденія воспаленія этого органа. Здѣсь будетъ кстати слѣдующее замѣчаніе: въ дыхательныхъ путяхъ мы встрѣчаемся съ тѣмъ же ходомъ процесса извнѣ внутрь. Такъ катарръ носа, есть первый признакъ воспаленія слизистой оболочки этой области; онъ можетъ постепенно распространиться на глотку, гортань, дыхательныя вѣтви и т. д., вплоть до легочной ткани. Для предстательной желѣзы мы не находимъ порядка заболѣванія обратнаго только что указанному; мы видимъ, что въ мочеполовыхъ путяхъ воспаленіе распространяется правильнымъ

образомъ, начиная съ уретры до простаты, пузыря и иногда даже до почекъ. Иногда, впрочемъ, предстательная желѣза воспаляется, повидимому, чисто идіопатически, а не по протяженію (continuitas) ткани съ сосѣдними частями. Вѣроятно это бываетъ крайне рѣдко, если исключить тѣ случаи, которые развиваются подъ вліяніемъ внѣшнихъ насилій, ранъ и пр.

Причины.—Нѣкоторые авторы приводятъ большое число обстоятельствъ, способныхъ будто-бы повести къ острому воспаленію предстательной желѣзы. Однакоже, отношеніе между нѣкоторыми изъ этихъ обстоятельствъ и предполагаемыми ихъ эффектами кажутся намъ гораздо менѣе ясными, чѣмъ это думаютъ авторы, высказывающіе вполнѣ категорическія мнѣнія по этому поводу. Причины воспаленія простаты можно раздѣлить на три класса:

а) *Несомнѣнныя причины остраго воспаленія предстательной желѣзы.*—Предварительное существованіе остраго воспаленія уретры, какого бы то ни было рода, но въ особенности трипера; это воспаленіе передается по непрерывности тканей, какъ я уже сказалъ. Съуженіе канала тяжелой формы нерѣдко ведетъ къ воспаленію и разрушенію частей, лежащихъ позади него, и въ особенности наиболѣе близкихъ частей, каковы предстательная желѣза и пузырь. Далѣе какъ причины являются мѣстное приложеніе раздражающихъ агентовъ, въ формѣ крѣпкихъ спринцованій, прижиганій и механическихъ насилій разнаго рода. Иногда причиною бываетъ воспаленіе пузыря, камни пузыря и самой простаты. Далѣе, дѣйствіе холода и влажности на промежность, напр. если субъектъ долго сидѣлъ на мокрой травѣ. Перелой былъ приведенъ какъ непосредственная причина, но онъ можетъ быть и отдаленной причиной, при только что перечисленныхъ обстоятельствахъ, а также при нѣкоторыхъ другихъ, относящихся къ слѣдующему классу.

б) *Обстоятельства, которыя не могутъ безусловно быть признаны за причины, но могутъ считаться ими съ нѣкоторою долею вѣроятности.*—Верховая ѣзда постоянно приводится, какъ причина остраго воспаленія органа, вслѣдствіе сотрясенія; но мнѣ кажется нѣтъ доказательствъ, чтобы установить этотъ фактъ. Но верховая ѣзда можетъ способствовать развитію воспаленія простаты, когда есть уже воспаленіе уретры, что весьма возможно. Никакъ нельзя сказать,

чтобы лица, много ѣздящія верхомъ, какъ напр. охотники, конюхи и въ особенности кавалеристы, были бы замѣтно больше расположены къ воспаленію простаты, чѣмъ другія лица, подвергающіяся вліянію другихъ причинъ, лучше установленныхъ. Шпанскія мушки, принятыя внутрь, могутъ сдѣлаться случайной причиной, но вѣроятно онѣ всегда предварительно поражаютъ почки и пузырь. Спиртные напитки, особенно смѣшанные съ кислотами, напр. пуншъ, могутъ повести къ воспаленію простаты, если есть бленнорагія, но только въ этомъ случаѣ. Усиленныя половыя сношенія, при тѣхъ же условіяхъ, также относятся къ этому классу причинъ.

в) *Обстоятельства, приведенныя многими авторами, какъ причины, но имѣющія за себя немного, или никакихъ доказательствъ.*—Утверждали, что мочегонныя, копай, кубеба, теребентинъ, иногда даже кофе и очень сильно приправленное кушанье ведутъ къ воспаленію простаты. Тоже самое будто бы можетъ быть и отъ пріема драстическихъ. Раздраженія прямой кишки аскаридами, гемороидальными узлами, также приводятся, какъ причины. Безъ сомнѣнія всѣ эти условія могутъ повести къ раздраженію пузыря, иногда даже къ нѣкоторой степени воспаленія его; но мнѣ неизвѣстно ни одного достовѣрнаго случая остраго воспаленія этой желѣзы вызваннаго прямо или посредственно однимъ изъ перечисленныхъ агентовъ. Патологическое состояніе органа при раковой инфильтраціи или бугорчатыхъ отложеніяхъ, никогда не должно смѣшивать съ описываемой теперь болѣзнью. И однакожъ, какъ причины ея, приводятся эти діатезы. Подобные пріемы ведутъ къ путаницѣ и уничтожаютъ опредѣленное значеніе терминовъ, а между тѣмъ, при изученіи всякаго вопроса паталогіи, весьма важно удержать точный смыслъ терминовъ. Приводили привычки сидячаго образа жизни, какъ причину воспаленія простаты, но безъ всякихъ доказательствъ, покрайней мѣрѣ сколько я могу судить объ этомъ. Тоже самое надо сказать о привычномъ запорѣ. Вѣроятно, что отсутствіе движенія и вялость кишекъ, взятыя вмѣстѣ, влекутъ за собой переполненіе брюшныхъ венъ, а также венъ простаты; этимъ безъ всякаго сомнѣнія благопріятствуется механическая гиперемія этихъ сосудовъ (имѣющихъ наклонность къ расширенію) а также и веносныхъ сосудовъ органа; но чтобы запоры счи-

тать за причину, хотя бы второстепенную или предрасполагающую къ острому воспаленію, это довольно трудно себѣ представить.

Патологическая анатомія.—Очень рѣдко представляется случай изучать патологическую анатомію остраго воспаленія предстательной желѣзы, если оно первичное, и не существуетъ другой болѣзни. Если это воспоминаніе составляетъ послѣдствіе предшествующей болѣзни пузыря или мочеваго канала, то не менѣе затруднительно изучить его анатомическіе результаты во время, или тотчасъ вслѣдъ за острымъ періодомъ. Гораздо чаще встрѣчается органъ, пораженный хроническимъ воспаленіемъ или нагноеніемъ, безъ всякихъ явленій, которыя указывали-бы на острое воспалительное состояніе.

Тѣмъ не менѣе эти явленія были наблюдаемы и описаны. Я, съ своей стороны, видѣлъ ихъ и описалъ въ одномъ случаѣ. Они раздѣляются на два отдѣла:

а) Патологическія измѣненія начала и высшаго періода остраго воспаленія предстательной желѣзы. Эти измѣненія не ведутъ неизбѣжно къобширному нагноенію или разрушенію предстательной желѣзы; онѣ могутъ оканчиваться разрѣшеніемъ, что случается довольно часто. Органъ опухъ; его объемъ увеличенъ вдвое,—вчетверо, онъ кажется напряженнымъ и твердымъ на ощупь. Наружные сосуды растянуты темной кровью. Сдѣлайте разрѣзъ по направленію отъ передней поверхности къ мочевому каналу, и вы найдете, что слизистая оболочка имѣетъ нѣсколько болѣе темный оттѣнокъ, чѣмъ обыкновенный, хотя она оказывается менѣе измѣненною, чѣмъ это можно было ожидать; поверхность разрѣза также болѣе красна, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. При давленіи выступаетъ красноватая жидкость, довольно мутная, смѣсь излившейся лимфы и serum, крови изъ переполненныхъ капилларовъ, простатической жидкости, и очень небольшаго количества гноя; если эту жидкость разсматривать подъ микроскопомъ, то въ ней замѣчаются гнойные шарики. Если надрѣзать боковыя доли, то выступаютъ тѣ же жидкости, но въ болѣе значительномъ количествѣ, чѣмъ въ передней части желѣзы. По мѣрѣ развитія воспаленія, количество гноя увеличивается и разрѣзы, въ особенности боковыхъ долей, показываютъ присутствіе небольшихъ фокусовъ, наполненныхъ густымъ гноемъ; это собственно говоря не асбцессы, а глухіе концы желѣзъ,

клѣтки которыхъ отдѣляютъ теперь гной, наполняющій желѣзистыя полости. И такъ, съ теченіемъ процесса, его начальныя явленія постепенно измѣняются въ другія, которыя указываютъ на развитіе въ органѣ стойкихъ, органическихъ измѣненій, слѣдующихъ за первоначальными, если не произошло разрѣшеніе воспаленія. Эти послѣдовательныя измѣненія должно отнести къ отдѣлу *в) патологическихъ измѣненій послѣдняго періода остраго воспаленія желѣзы.* Продолжающійся воспалительный процессъ, отдѣленіе гноя и организація излившейся лимфы ведутъ къ образованію отдѣльныхъ отложеній гноя, или маленькихъ нарывовъ въ существѣ желѣзы. Имѣется большое число маленькихъ гнойныхъ гнѣздъ, величиною отъ ржанаго зерна до горошины, или же гнойныхъ гнѣздъ немного, или даже только одно, но болѣе объемистое; иногда въ такихъ случаяхъ оно образуется изъ сліянія нѣсколькихъ маленькихъ гнѣздъ, съ разрушеніемъ тканей между ними. Мы должны замѣтить, что гной простатическихъ нарывовъ представляетъ обыкновенно, если не всегда, одинъ особенный характеръ; именно онъ вязокъ, тягучъ, и этимъ отличается отъ похожаго на сметану, расплывающагося доброкачественнаго гноя. Иногда также встрѣчаются кровяные сгустки, происходящіе вслѣдствіе кровоизліяній въ полости глубокихъ концовъ желѣзокъ, или другія полости. Часть органа можетъ размягчиться и омертвѣть. Слизистая оболочка простатической части канала дѣлается красною, иногда она утолщается, принимаетъ бархатистый видъ; также встрѣчаются крѣпко приставшіе къ ея поверхности лоскутки бѣловатой ткани, похожіе на перепонку,—эксудатъ, состоящій изъ организованной лимфы. Наконецъ слизистая оболочка можетъ быть мѣстами разрушена подъ вліяніемъ воспаленія и гангрены, и эти разрушенныя мѣста являются устьями одной или нѣсколькихъ полостей, лежащихъ въ самой толщѣ органа, и описанныхъ уже высше.

Припадки.—Въ началѣ больной испытываетъ ощущеніе тяжести и полноты въ сторонѣ прямой кишки и промежности, вмѣстѣ съ нѣкоторою болью и неловкостью, которыя относятся имъ въ шейкѣ пузыря. Онъ мочится чаще обыкновеннаго, и при этомъ боль усиливается въ особенности подъ конецъ мочеиспусканія. Эти припадки постепенно выражаются рѣзче: боль становится очень сильной, наконецъ она принимаетъ колючій, бьющійся характеръ, и дѣлается почти постоянною; боль-

ной испытываетъ чувство напряженія, или тяжесть опухоли; область задняго прохода и промежность болѣе чувствительны къ давленію. Движенія становятся трудными, сидячее положеніе также болѣзненно. Испражненія на низъ происходятъ съ большимъ мученіемъ; мочеиспусканія еще болѣе затруднены; струя мочи уменьшена, и вслѣдствіе этого по необходимости течетъ дольше; мочеиспусканіе сопровождается сильной натугой, и боль при немъ очень сильна. Предстательная желѣза увеличена въ объемѣ и болѣе тверда, что иногда приводитъ къ полному задержанію мочи, которое можетъ длиться нѣсколько дней. Если ввести палецъ въ прямую кишку, то онъ встрѣчаетъ препятствіе, какъ-бы легко ни стараться провести его чрезъ сфинктеръ; передняя стѣнка прямой кишки выпукла, тверда, горяча; можно обвести пальцемъ очертанія простаты, что впрочемъ очень мучительно для больнаго. Можетъ также развиться приливъ въ гемороидальныхъ сосудахъ, вслѣдствіе близости къ нимъ простатическихъ венъ. Впослѣдствіи, съ наступленіемъ нагноенія,опухоль, ощущаемая чрезъ прямую кишку, становится мягче; она дѣлается бьющеюся; если ввести катетеръ, то больной жалуется на чрезмѣрную боль, когда инструментъ проникаетъ въ простатическую часть мочеваго канала. Лихорадка обнаруживается болѣе или менѣе сильно вслѣдъ за появленіемъ первыхъ мѣстныхъ припадковъ; соотвѣтственно началу нагноенія наблюдается ознобъ. Больной страдаетъ отъ болей въ спинѣ и поясницѣ точно также, какъ въ членѣ и вдоль бедръ; довольно часто замѣчается непрерывный позывъ на низъ. Слизистая оболочка пузыря иногда, но не всегда, принимаетъ участіе въ воспаленіи; моча имѣетъ лихорадочныя свойства; она содержитъ нѣкоторое количество слизи, иногда даже значительное, если больна слизистая оболочка. Кромѣ того моча можетъ содержать большее или меньшее количество гноя, который отлагается на днѣ сосуда, если оставить его спокойно стоять.

Главные признаки, на которые опирается разпознаваніе, суть слѣдующіе: увеличеніе желѣзы, узнаваемое изслѣдованіемъ чрезъ прямую кишку; это изслѣдованіе чрезвычайно болѣзненно для больнаго, и боль еще усиливается, когда давитъ пальцемъ на какую либо часть опухоли. Испражненіе низомъ сопровождается часто большимъ мученіемъ; еще болѣе того мочеис-

пусканіе; часто наступаетъ полное задержаніе мочи. Введеніе катетера вызываетъ жесточайшую боль, когда инструментъ достигаетъ простатической части мочеваго канала. Прибавьте къ этимъ признакамъ существованіе постоянно глубокой боли, часто бьющейся, въ области промежности. Эти припадки, взятые сами по себѣ и въ особенности въ соединеніи съ отдѣленіемъ изъ уретры, свѣжимъ, или давно продолжающимся, достаточны для установленія природы болѣзни *).

Леченіе.—Безполезно было бы входить здѣсь во всѣ подробности, относящіяся къ обыкновенному *общему леченію* воспаленія. Вообще надо предписать противовоспалительныя и діэту, какъ это само собою разумѣется. Можно назначить частые пріемы небольшихъ дозъ сюрьмы въ соединеніи съ кали; надо озаботиться въ началѣ о послабленіи на низъ; также и впослѣдствіи надо будетъ дѣйствовать на кишки. Геммороидальныя вены и простатическія очень свободно сообщаются между собою, и послѣ смерти при воспалительныхъ разстройствахъ въ мочевыхъ органахъ, они всѣ находятся обыкновенно переполненными кровью; то не подлежитъ сомнѣнію, что надо поддерживать какъ можно болѣе свободнымъ кровообращеніе въ брюшныхъ внутренностяхъ.

Мѣстное леченіе заслуживаетъ подробныхъ указаній. Надо сдѣлать кровоизвлеченіе по сосѣдству съ пораженными частями; это всего больше облегчаетъ больныхъ; способъ кровоизвлеченія зависитъ отъ обстоятельствъ. Въ большинствѣ случаевъ, приставленіе піявокъ составляетъ наиболѣе выгодный способъ. Они должны быть употреблены въ значительномъ числѣ, отъ 10 до 15, и приставлены къ промежности и заднему проходу, скорѣе, можетъ быть, къ этому послѣднему. Банками довольно легко и скоро можно извлечь отъ восьми до десяти унцовъ крови въ области промежности; но за неимѣніемъ опытнаго помощника, которому можно было бы поручить это, слѣдуетъ рѣшительно отдать предпочтеніе піявкамъ. Совѣтовали также приставленіе піявокъ къ поверхности простаты, обращенной къ прямой кишкѣ; для приставленія піявокъ въ этомъ мѣстѣ были придуманы особыя трубки; но этотъ

*) Нѣсколько рѣзкихъ случаевъ остраго воспаленія предстательной желѣзы были приведены Авг. Видалемъ (де Касси), который спеціально занимался этой болѣзнью, въ Annales de la chirurgie francaise nov. 1844.

способъ не долженъ давать особенно хорошихъ результатовъ, такъ какъ нельзя приставить заразъ больше одной или двухъ піявокъ *). Послѣ кровоизвлеченія назначается теплая сидячая ванна, но только на нѣсколько минутъ; затѣмъ на промежность кладется большая припарка, или нагрѣтая фланель, и больной укладывается въ постель тепло укутаннымъ. Сидячая ванна можетъ быть, съ выгодой, часто повторяема въ теченіи леченія; но ни въ какомъ случаѣ она не должна быть продолжительна каждый разъ. Отъ 6 до 8 минутъ, по моему мнѣнію, самое большое время, какое можно позволить оставаться въ ней больному съ воспаленіемъ простаты или пузыря; ванна должна быть въ началѣ въ 36° Ц., и въ теченіи означеннаго времени постоянно подниматься до 39-40°. Мнѣ кажется, лучше употреблять такимъ образомъ этотъ превосходный способъ леченія, чѣмъ продолжать ванны до 15-20 минутъ. Ванны не имѣютъ цѣли произвести гиперемію тазовыхъ органовъ, а напротивъ того—разслабить сосуды кожи быстрымъ болевымъ впечатлѣніемъ на нее; это впечатлѣніе дѣйствуетъ до извѣстной степени на всю кожу. Такимъ образомъ ванна вызываетъ общій потъ и временную гиперемію наружныхъ частей таза, что ведетъ къ улучшенію состоянія глубокихъ частей.

Одно изъ самыхъ затруднительныхъ осложненій есть задержаніе мочи; мочеиспусканіе встрѣчаетъ себѣ преграду въ опухшей простатѣ. Струя уменьшается, наконецъ совсѣмъ прекращается, и тогда дѣлается безусловною необходимостью введеніе катетера, такъ часто, какъ этого требуетъ состояніе больнаго, обыкновенно по меньшей мѣрѣ 4 раза въ 24 часа. Какъ общее правило, наилучшій инструментъ есть мягкій катетеръ, надлежащей кривизны и небольшаго калибра, т. е. № 5, 6 и не больше 7 (№№ 14-17 французской скалы). Надо вынимать катетеръ тотчасъ по опорожненіи пузыря; надо продолжать употребленіе инструмента больше или меньше и послѣ того, какъ начнетъ возстанавливаться мочеиспусканіе, употреблять его до тѣхъ поръ, пока пузырь не будетъ въ состояніи опорожняться естественными усиліями.

Довольно часто наблюдается внезапное облегченіе, вслѣдст-

*) См. описаніе и рисунки инструментовъ въ Lancet, vol. XXXIX и vol. LX.

віе быстраго выхода извѣстнаго количества гноя; это можетъ случиться при введеніи катетера; абсцессъ желѣзы вскрывается, и припадки, какъ общіе, такъ и мѣстные, быстро уменьшаются въ своей силѣ. Въ небольшомъ числѣ случаевъ, надо дать выходъ гною путемъ разрѣза, и именно чрезъ прямую кишку, если зыбленіе ясно ощущается—менѣе часто представляется необходимость въ разрѣзѣ промежности, такъ какъ настоящіе простатическіе абсцессы даютъ, въ этомъ направленіи, признаки недостаточные для того, чтобы оправдать употребленіе бистури съ длиннымъ клинкомъ. Однакоже, такой разрѣзъ можетъ иногда сдѣлаться необходимымъ, хотя абсцессы, вскрываемые такимъ путемъ, помѣщаются по всей вѣроятности въ глубинѣ промежности или около простаты, а не въ самой толщѣ ея.

Очень сильныя боли и затрудненное мочеиспусканіе, могутъ быть значительно уменьшены назначеніемъ опія, или морфія внутрь, либо въ формѣ суппозиторіевъ и клистировъ.

Обыкновенно чрезъ нѣсколько дней, сильныя боли и частые позывы мочиться постепенно успокоиваются; хотя иногда случается, что на одинъ или два дня припадки опять обостряются самымъ серьознымъ образомъ. Такія непріятныя явленія обыкновенно можно отнести къ какому либо упущенію со стороны больнаго, въ особенности если онъ сдѣлалъ много движенія, въ періодѣ слишкомъ близкомъ къ началу болѣзни. Поэтому слѣдуетъ настойчиво ограничивать дѣятельность, которою такъ легко способенъ увлечься молодой человѣкъ съ живымъ характеромъ, какъ только видитъ, что его болѣзнь начинаетъ проходить. Умѣренная діета и полное воздержаніе отъ спиртныхъ напитковъ должны бить предписаны на нѣкоторое время; періодъ выздоровленія долженъ быть прослѣженъ такимъ образомъ, чтобы не только состояніе общаго здоровья было поддержано укрѣпляющимъ и питательнымъ режимомъ, но чтобы уменьшилась масса больнаго органа, который имѣетъ наклонность остаться увеличеннымъ, вслѣдствіе воспалительнаго процесса. Вообще простата оказывается объемистою и мягкою при изслѣдованіи ея чрезъ мѣсяцъ отъ начала острыхъ припадковъ; если представляется необходимость ввести катетеръ, то можетъ быть надо будетъ опустить рукоятку инструмента гораздо больше, чѣмъ у здороваго человѣка, чтобы

моча потекла; введеніе катетера непріятно больному, въ особенности, когда онъ проходитъ простатическую часть мочеваго канала. Требуется болѣе значительное усиліе, чтобы опорожнить пузырь, и струя мочи выбрасывается съ меньшею силою, чѣмъ обыкновенно. Таковы явленія, остающіяся въ томъ случаѣ, когда острое воспаленіе желѣзы оканчивается разрѣшеніемъ.

Хроническое воспаленіе предстательной желѣзы.—Заболѣваніе, которое я разумѣю подъ этимъ названіемъ, совсѣмъ не рѣдко, даже въ его самой простой и не осложненной формѣ, и если оно, какъ бы вторично появляется при болѣзняхъ пузыря или уретры, то нѣтъ никакого сомнѣнія, что оно встрѣчается довольно часто. А между тѣмъ существованіе его едва узнается, часто даже не упоминается лучшими авторами, которые самымъ точнымъ образомъ описали болѣзни простаты.

Хроническое воспаленіе предстательной желѣзы имѣетъ три различныя эпохи: достовѣрно, что симптомы и патологическія измѣненія почти одни и тѣ же во всѣхъ случаяхъ, и что они скорѣе различаются степенью, чѣмъ характеромъ. Оно можетъ получить начало отъ остраго воспаленія предстательной желѣзы и происходитъ вслѣдствіе упорства болѣзненнаго процесса, который не имѣетъ никакой наклонности уменьшаться послѣ прекращенія острыхъ симптомовъ,—или же можетъ произойти долгое и утомительное разрѣшеніе, которое лишь тихими шагами ведетъ къ выздоровленію,—или же, наконецъ, оно можетъ начинаться хронической формой, независимо отъ острыхъ припадковъ; въ послѣднемъ случаѣ заболѣваніе представляется либо одно, само по себѣ и первично, или же возникаетъ подъ вліяніемъ болѣзни сосѣднихъ органовъ.

Нерѣдко встрѣчаются случаи, гдѣ на простое хроническое воспаленіе простаты, сопровождаемое увеличеніемъ въ объемѣ, смотрятъ какъ на случай гипертрофіи. Между тѣмъ, нѣтъ ничего болѣе различнаго, какъ эти двѣ болѣзни, если сравнить ихъ исторію и ихъ патологическія свойства.

Такъ хроническое воспаленіе не есть необходимая причина увеличенія органа въ объемѣ; оно представляется лишь въ исключительныхъ случаяхъ, конечно принимая въ соображеніе всѣ видоизмѣненія. Но если воспаленіе приводитъ къ увеличенію въ объемѣ, то это случается почти постоянно въ юности и зрѣломъ возрастѣ; напротивъ того, гипертрофія

никогда не встрѣчается до пятидесяти лѣтъ, очень рѣдко до пятидесяти пяти и вообще мало обнаруживаетъ свои симптомы до 57 или 58 лѣтъ.

Воспалительное увеличеніе простаты слѣдуетъ почти неизмѣнно за воспаленіемъ мочеваго канала. Тамъ было или продолжаетъ еще существовать гнойное отдѣленіе, моча содержитъ небольшіе клочки слизи и есть боль во время и послѣ изверженія мочи. Прибавьте къ этому, что часто общее состояніе здоровья измѣняется; тогда вы получите всѣ условія, которыхъ обыкновенно не бываетъ, или которые не могутъ быть при началѣ гипертрофіи. Наконецъ воспалительное увеличеніе происходитъ вслѣдствіе отложенія болѣзненныхъ продуктовъ, пластической лимфы, гноя и т. д. въ толщу органа, между тѣмъ, какъ гипертрофическое увеличеніе проистекаетъ, какъ доказываетъ и имя его, изъ простой гиперплазіи нормальныхъ элементовъ самой желѣзы.

Причины.—Самая частая причина хроническаго воспаленія простаты—бленнорагія, которая распространилась глубоко и поразила предстательную желѣзу болѣе или менѣе острымъ образомъ. При случаѣ, тѣ же результаты могутъ быть приписаны холоду и сырости, вліяющимъ мѣстнымъ образомъ; рѣже еще можно найти причину въ механическомъ насиліи, произведенномъ на мочевой каналъ, или на промежность. Но что имѣетъ несомнѣнное вліяніе, такъ это злоупотребленіе всевозможныхъ венерическихъ удовольствій. Что же касается формы, происходящей отъ давнишняго и сильнаго съуженія уретры, отъ хроническаго воспаленія пузыря, отъ пузырнаго или простатическаго камня, то она довольно обыкновенна и не требуетъ спеціальнаго описанія каждаго изъ этихъ случаевъ; это результатъ сосѣдней болѣзни, совмѣстной съ нею и протекающей неразлучно съ нею.

Патологическая анатомія.—Я изслѣдовалъ извѣстное число предстательныхъ желѣзъ, которыя представляли анатомическія свойства, сходныя съ тѣми, которыя описываются въ другихъ органахъ подъ именемъ хроническаго воспаленія, напр: въ лимфатическихъ желѣзахъ поверхностныхъ и глубокихъ, въ брыжеечныхъ желѣзахъ, въ миндалинахъ, въ маткѣ и въ слизистой оболочкѣ дыхательныхъ вѣтвей, желудка, кишекъ и пузыря. Больная простата бываетъ толще, а иногда и мень-

ше нормальной величины, потому что уклоненіе въ этомъ отношеніи не всегда бываетъ одно и тоже; консистенція желѣзы иногда менѣе плотна; ткань менѣе сжата и болѣе губчата. Цвѣтъ поверхности разрѣза болѣе теменъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ красноватымъ оттѣнкомъ. Въ ткани желѣзъ встрѣчается болѣе жидкости, чѣмъ при нормальномъ состояніи, и она легко выдѣляется отъ нажатія пальцемъ. Эта жидкость мутна и если сильно давить ткань, то жидкость получаетъ нѣсколько красноватый оттѣнокъ. Въ поздній періодъ болѣзни встрѣчаются отложенія гноя, величиною съ саговое зерно или съ горошину, но ихъ количество не велико, можетъ быть одно или два: рѣзкое отличіе отъ множества маленькихъ разсѣянныхъ нарывовъ въ послѣдній періодъ остраго воспаленія простаты. Слизистая оболочка утолщается и дѣлается болѣе сосудистой; отверстія протоковъ расширяются; тѣ же самыя явленія представляются при расширеніи простатической части уретры, вызванномъ стриктурою впереди; съ другой стороны, слизистая оболочка можетъ быть мѣстами покрыта пластической организованной лимфой, которая даетъ ей неровный и непрозрачный видъ. Или же слизистая оболочка утолщается и представляется уже не краснаго, какъ при остромъ воспаленіи, а темно-сѣраго, или же аспиднаго цвѣта, измѣненіе, которое доказываетъ давнишнее существованіе болѣзни. Въ подобныхъ случаяхъ, гной наполняетъ sinus pocularis и окружающіе его желѣзистые каналы; иногда полость, наполненная гноемъ, сообщается съ уретрой, что образуетъ хроническій нарывъ простаты; въ тоже время нерѣдко встрѣчается одинъ или нѣсколько нарывовъ вокругъ органа, другими словами перипростатическіе нарывы, зависящіе отъ предшествующей имъ болѣзни простаты.

Припадки.—Больной, имѣющій только хроническое воспаленіе простаты, безъ другихъ осложненій, жалуется на необыкновенно частое желаніе мочиться, иногда на выдѣленіе изъ уретры слизисто-гнойнаго вещества, или же онъ чувствуетъ полноту и тяжесть въ промежности; иногда появляются сильныя боли въ промежности или около задняго прохода, которыя могутъ быть проходящими или постоянными, но почти всегда усиливаются подъ вліяніемъ ходьбы; часто ощущаются боли въ бедрахъ или въ ногахъ, или въ области крестцовой

кости, боли, которыя иногда, но не всегда, усиливаются отъ половыхъ сношеній.

Во время мочеиспусканія боли не бываетъ, за исключеніемъ конца этого дѣйствія, когда она чувствуется временами, но не всегда, и даже въ то время она не бываетъ такъ остра, какъ та, которая наблюдается при камнѣ. Промежность чувствительна, когда больной садится; чувствительность въ простатѣ, когда ее изслѣдуютъ черезъ rectum; палецъ опредѣляетъ нѣкоторую неправильность въ формѣ, но это исключительный случай; увеличеніе въ объемѣ не наблюдается постоянно. Введеніе катетера причиняетъ болѣе сильную боль, чѣмъ обыкновенно, когда онъ входитъ въ простатическую часть мочеваго канала и въ шейку пузыря. Моча немного мутна, но, если обратить вниманіе, то это зависитъ отъ присутствія сгустковъ слизисто-гнойнаго свойства и массы эпителія, происходящихъ изъ простатической части уретры, а не изъ пузыря: можно убѣдиться въ этомъ, предложивъ больному помочиться въ двухъ сосудахъ, приблизительно первую унцію въ одинъ, и остальное въ другой; въ первомъ будутъ всѣ гнойныя вещества, тогда какъ моча во второмъ будетъ свѣтла. Я считаю очень важнымъ этотъ способъ изслѣдованія мочи. Онъ раздѣляетъ чисто уретральныя вещества отъ тѣхъ, которыя появляются изъ пузыря или изъ почекъ, вещества, источникъ которыхъ могли бы не знать, или которыя могли быть приписаны другимъ органамъ. Для всякаго изслѣдованія мочи этотъ способъ долженъ быть непремѣнно примѣненъ. Въ хорошо выраженныхъ случаяхъ болѣзни, при окончаніи изверженія мочи замѣчается появленіе капли крови, иногда немного больше, окрашивающей послѣднюю дозу вытекающей мочи: вотъ фактъ, который часто наводитъ на мысль о существованіи камня. Этотъ признакъ, какъ и одновременная съ нимъ боль и усиленіе припадковъ, причиняемое моціономъ, предписываютъ часто введеніе катетера, который долженъ выяснить вопросъ. Въ самомъ дѣлѣ, я не знаю никакой другой болѣзни, которая бы такъ походила на камень въ пузырѣ (смягчая схожія черты), особенно если постороннее тѣло мало и производитъ лишь легкое раздраженіе.

Болѣе внимательное изслѣдованіе часто покажетъ, что у больнаго мало или совсѣмъ нѣтъ половыхъ по желаній, и что

онъ подверженъ или нѣтъ истеченію сѣмяни во время сна. Здоровье обыкновенно немного ослаблено и чувствуется общее ослабленіе.

Леченіе простаго хроническаго воспаленія предстательной желѣзы.—Когда чувствуемая тяжесть и сильныя боли въ промежности почти постоянны, и когда эти оба признака увеличиваются въ силѣ подъ вліяніемъ ходьбы, я не вижу ничего болѣе дѣйствительнаго, какъ раздраженіе, производимое по временамъ на промежности. Но необходимо продолжить его съ настойчивостью въ продолженіи четырехъ, шести и даже восьми недѣль; и тогда можно быть почти увѣреннымъ, что достигнешь благополучнаго результата. Можно достигнуть этого, производя раздраженіе мокрымъ кускомъ лаписа на кожѣ предъ заднимъ проходомъ и доходя затѣмъ до луковицы уретры, чтобы обнажить кожу на протяженіи 3 сантимеровъ въ длину на 5 сентимеровъ ширины. Впрочемъ предпочитаемый мною способъ, который я теперь всегда употребляю,—это прикладываніе на больную часть *кантариднаго уксуса*, acetum cantharidatum или liq. epispasticus англійской фармакопеи; нужно поддерживать рану, перевязывая ее ежедневно пропускной бумагой, или прикладывая средство, предложенное раньше, т. е. лаписъ.

Въ началѣ это можетъ нѣсколько стѣснить больнаго; но прикладываніе какого то ни было жирнаго вещества скоро уменьшитъ боль. Если употреблять раздражающую жидкость, то нужно стараться, чтобы она не попала на край задняго прохода, и на мошонку. Самое удобное средство состоитъ въ смазываніи части кожи промежности длиною отъ 1—3 сентиметровъ съ правой стороны raphé; затѣмъ, чрезъ три или четыре дня, подобную же часть съ лѣвой стороны; такимъ образомъ чередуютъ это смазываніе каждые три или четыре дня, что позволяетъ каждой сторонѣ зажить, прежде чѣмъ возобновятъ смазываніе. Необходимо добавить, что въ этомъ случаѣ достаточно очень малаго количества нарывной жидкости; излишне черезъ чуръ обнажать поверхность кожи, или причинять слишкомъ сильное раздраженіе, которое помѣшало бы свободѣ движеній паціента. Большая будетъ ошибка дѣлать эти смазываніе слишкомъ небрежно.

Дѣйствуя такъ мѣстнымъ образомъ, слѣдуетъ въ тоже время

привести въ порядокъ пищевареніе, вызывать укрѣпляющей и питательной діэтой общую реакцію, позволить и опредѣлить степень движеній, коль скоро больной будетъ въ состояніи предаваться имъ безъ боли.

Когда пищеварительные органы въ хорошемъ состояніи, то почти всегда приноситъ пользу употребленіе желѣза. Сѣрнокислое желѣзо съ сѣрнокислымъ хининомъ въ видѣ пилюль съ небольшимъ количествомъ экстракта ревеня и экстракта чилибухи отличная форма назначенія этого тоническаго средства въ случаяхъ, когда желательно поддержать свободныя отправленія кишечника, несмотря на препятствія, которыя обыкновенно представляются вслѣдствіе невозможности для субъекта предаваться моціону. Можно прибавить небольшое количество воднаго экстракта алоэ, если необходимо вызвать болѣе слабительное дѣйствіе. Тинктура полуторохлористаго желѣза есть также довольно дѣйствительное средство, если только не дойти до запора. Я предпочитаю эти формы предписаній всѣмъ другимъ, въ томъ числѣ и гипофосфитамъ, такъ часто предписываемымъ больнымъ въ этой болѣзни.

Весьма обыкновенный источникъ огорченія у молодыхъ субъектовъ составляютъ частыя ночныя поллюціи. Они часто сопровождаютъ хроническое воспаленіе предстательной желѣзы; но, чаще всего, они не обусловливаются этою причиной и не зависятъ вовсе отъ болѣзненнаго состоянія простаты: только потому, что больной жалуется на поллюціи, мы напоминаемъ здѣсь объ этомъ явленіи. Если, впрочемъ, исключивъ рядъ уже описанныхъ признаковъ, больной еще жалуется на непроизвольное истеченіе сѣмянной жидкости, неправильное, но очень частое, то нужно ввести въ каналъ инструментъ. Тѣмъ не менѣе при хроническомъ воспаленіи простаты, соприкосновеніе съ постороннимъ тѣломъ только увеличиваетъ уже существующее раздраженіе. Если преобладаютъ припадки хроническаго воспаленія простаты и больной испытываетъ сильную боль въ моментъ прохожденія инструмента въ простатическую часть уретры, то ничего такъ хорошо не удается, какъ прикладываніе раствора лаписа: начинаютъ съ 5 гранъ на унцъ воды и, если надо, увеличиваютъ до 15 гранъ. Для этого употребляютъ съ отверстіемъ катетеръ, catheter perforé, имѣющій поршень, который легко проводитъ жидкость въ желаемое мѣсто, на немъ сосре-

доточиваетъ свое вліяніе и производитъ прижиганіе весьма осторожно.

Въ этой маленькой операціи можно держаться слѣдующаго образа дѣйствія. Начинаютъ опоражниваніемъ пузыря; дѣлая это, стараются точно опредѣлить длину мочеваго канала, обыкновеннымъ способомъ, во время теченія мочи. Инструментъ съ прижигающимъ растворомъ долженъ быть введенъ немедленно и растворъ впрыснутъ тотчасъ, какъ только открытый конецъ инструмента проникъ въ простатическую часть уретры; изъ извѣстной длины канала слѣдуетъ точно опредѣлить положеніе этой части, равно какъ и изъ чувствительности ея. Немедленные результаты обнаруживаются обыкновенно въ потребности повторныхъ мочеиспусканій, сопровождаемыхъ болями, а иногда и каплями крови; это продолжается 24 часа и замѣняется легкимъ истеченіемъ слизистогнойной жидкости въ теченіе однаго или двухъ дней. Въ первые дни, по большей части, первоначальные припадки немного усиливаются, но затѣмъ постепенно уменьшаются. Во всякомъ случаѣ, если-бы было и не такъ, не слѣдуетъ дѣлать новаго прижиганія до истеченія двухъ или трехъ недѣль послѣ перваго, потому что невозможно опредѣлить результатъ въ болѣе короткій промежутокъ времени.

Въ случаѣ надобности можно возобновить прижиганіе, и даже болѣе концентрированнымъ растворомъ. Можетъ встрѣтиться потребность прибѣгнуть даже къ 3 или 4 прижиганію; я никогда не шелъ дальше, если не имѣлъ успѣха послѣ 4-го раза. Успѣхъ зависитъ лишь отъ точности, съ какою будетъ произведено прижиганіе поверхности уретры, въ ея простатической части, и, если результатъ хорошъ, въ этомъ находятъ, обыкновенно, отличное средство.

Въ этомъ случаѣ также требуется прежде всего леченіе тоническими средствами; оно возобновляется по нѣскольку разъ въ формѣ мною описанной и сопровождается питательною, но не возбуждающею діэтою.

Если существуетъ лишь легкое страданіе простаты и приходится бороться съ окончаніемъ очень остраго воспаленія предстательнойжелѣзы, выздоровленіе которой подвигается медленными шагами, то вовсе не слѣдуетъ прибѣгать къ раздраженію сосѣднихъ частей, тѣмъ менѣе къ прижиганію самой уретры. Одинъ изъ преобладающихъ характеровъ въ подобныхъ случаяхъ,

это упорное увеличеніе и затвердѣніе органа—результатъ воспалительныхъ отложеній остраго періода. Это увеличеніе, свойственное молодости, совершенно отличается отъ того, которое встрѣчается въ пожиломъ возрастѣ и извѣстно подъ именемъ старческой гипертрофіи.

Если общее состояніе здоровья хорошо, то нужно назначить средства, способствующія всасыванію патологическаго отложенія. Таковы іодистый и бромистый потассій. Можно прописывать ихъ въ соединеніи другъ съ другомъ, или порознь; первый иногда лучше усвоивается желудкомъ, когда не переносится второй. Во многихъ случаяхъ эти оба средства могутъ быть съ успѣхомъ соединены съ 15 или 20 гранами двууглекислаго или уксуснокислаго поташа, два раза въ день или съ одною драхмою винокаменнокислаго кали, если есть привычные запоры. Эти средства еще болѣе показаны, если моча не нормально кисла и потому способна раздражать.

Если увеличеніе желѣзы въ объемѣ значительное, хорошо также попробовать мѣстное кровопусканіе. Я недавно имѣлъ у себя двухъ взрослыхъ больныхъ, одного 28, другаго 34 лѣтъ, представлявшихъ значительное увеличеніе объема простаты: у перваго это увеличеніе было значительное и послѣдовало за очень острымъ воспаленіемъ предстательной желѣзы, которое больной перенесъ три года тому назадъ; у другаго объемъ простаты, по той же причинѣ, былъ до того значителенъ, что затруднялъ изслѣдованіе чрезъ прямую кишку. Въ обоихъ случаяхъ, и въ особенности въ послѣднемъ, частая раздражительность мочеваго пузыря и боли въ промежности и въ поясницѣ зависѣли преимущественно отъ этой ненормальности желѣзы.

Что же касается хроническаго воспаленія простаты, зависящаго отъ предшествовавшей болѣзни сосѣднихъ органовъ, каковы съуженіе мочеваго канала, камень, органическія измѣненія пузыря, или прямой кишки и т. п., то мнѣ не приходится говорить ничего другаго кромѣ того, что средство, примѣняемое къ леченію первоначальнаго идіопатическаго заболѣванія, одинаково будетъ вліять на всѣ случаи осложненія со стороны предстательной желѣзы.

Дополненіе профессора П. Заблоцкаго.—«Когда острое воспаленіе предстательной желѣзы переходитъ въ *нарывъ* (abscessus prostatae), то воспалительные припадки уменьшаются, лихорадка также, боль изъ острой и жгучей дѣлается тупою и глубокою; иногда боль эта сопровождается какъ бы чувствомъ біенія, изохроническимъ біенію сердца.

«Введенный палецъ въ прямую кишку чувствуетъ флюктуацію. Въ другихъ же, болѣе рѣдкихъ случаяхъ, флюктуація замѣчается въ промежности.

«Образовавшійся въ нарывѣ гной можетъ проложить себѣ путь въ прямую кишку, чрезъ промежность наружу, въ мочевой каналъ и въ мочевой пузырь. Чаще нарывы вскрываются въ мочевой каналъ:

«1) Если нарывъ направляется въ мочевой каналъ, или къ шейкѣ мочеваго пузыря, то затрудненіе во время испущенія мочи увеличивается, иногда даже случается ея задержаніе. Потомъ, когда нарывъ вскроется въ этомъ мѣстѣ, больной вдругъ начинаетъ чувствовать значительное облегченіе; выходящая же моча бываетъ мутная и смѣшанная съ гноемъ и иногда съ кровью.

«2) Если гной скопляется со стороны прямой кишки, то пальцемъ чрезъ прямую кишку можно замѣтить зыбленіе жидкости, и здѣсь должно нарывъ вскрыть бистуреемъ или кривымъ троакаромъ. Вслѣдъ за этимъ больной чувствуетъ значительное облегченіе.

«3) Когда гной прокладываетъ себѣ путь въ промежность, чрезъ среднюю фасцію промежности (aponeurosis media perinaei), тогда на промежности, между основаніемъ мошонки и отверстіемъ прямой кишки, развивается опухоль, болѣе или менѣе выпуклая, съ флюктуаціею, которую нужно вскрыть (ближе ad anum) и потомъ рану лечить обыкновенными средствами. По выпущеніи гноя, больной также чувствуетъ облегченіе.

«4) Иногда гной изъ желѣзы направляется отъ средней фасціи промежности вверхъ къ фасціи таза. Въ такомъ случаѣ отъ затека гноя можетъ образоваться опасное воспаленіе, распространяющееся на нижнія части

таза и подвздошныя впадины. Когда нарывъ направляется въ мочевой каналъ, то его трудно узнать и трудно вскрыть. Заживленіе такого нарыва обыкновенно происходитъ хорошо и довольно скоро. Иногда такіе нарывы вскрывались при производствѣ катетеризма (Бекляръ и Амюсса). По вскрытіи такого нарыва необходимо вводить эластическій катетеръ, дабы по возможности препятствовать затеку мочи. При перемѣнѣ зонда, нужно въ каналъ дѣлать мягчительныя вспрыскиванія. Въ тоже время можно употреблять теплыя ванны, для уменьшенія раздраженія въ мочевомъ каналѣ.

«Прибавимъ къ этому, что иногда гнойная полость послѣ вскрытія нарыва не заживаетъ, и фиброзною оболочкою предстательной желѣзы образуется полость, составляющая какъ бы второй мочевой пузырь. Катетеромъ въ этомъ случаѣ можно попадать въ эту полость, а прижатіемъ на промежность можно выжимать мочу. Я помню одинъ такой случай изъ своей практики, потвержденный автопсіею.

«Еще труднѣе узнать тотъ случай, когда нарывъ направляется въ мочевой пузырь. Заживленіе его, однакоже, совершается довольно удобно, но иногда дѣлается затекъ мочи въ промежность, и образуется мочевой свищъ».

ЛЕКЦІЯ XVI.

Болѣзни мочеваго пузыря.

Параличъ.—Атонія.—Недержаніе мочи у юношей.—Опухоли.

Мм. Гг. Послѣдній разъ вы видѣли въ моихъ палатахъ двухъ больныхъ, предполагавшихъ въ себѣ параличъ мочеваго пузыря. По крайней мѣрѣ такъ гласилъ ихъ госпитальный листокъ.

Одинъ изъ нихъ былъ трудовой человѣкъ уже престарѣлый, но не имѣющій видъ больнаго. Разспросивъ его, мы узнали слѣдующее: онъ имѣлъ около 60 лѣтъ; четыре или пять лѣтъ страдалъ частымъ мочеиспусканіемъ, что его въ особенности часто безпокоило по ночамъ; хотя съ нѣкоторыхъ поръ моча его и стекала во время сна, помимо его вѣдома, ночью, или днемъ во врема работы вслѣдствіе усилія; струя вытекала перпендикулярно и почти безсильно; наконецъ нѣсколько мѣсяцевъ уже, моча сдѣлалась мутна и получила дурной запахъ. Паціентъ, однако, не чувствовалъ особенной боли, но потерялъ свою прежнюю бодрость, и за послѣдне время сталъ даже очень слабъ. Всѣ другія его отправленія совершались однако нормально и только три недѣли, какъ онъ прекратилъ свое ежедневное занятіе.

Я попросилъ этого человѣка раздѣться. Пока онъ исполнялъ наше желаніе, мы были поражены запахомъ мочи, отдѣляющимся отъ всей его особы. Нѣсколько тряпокъ запятнанныя мочей, кое какъ приспособленныя къ члену, замѣняли этому бѣдняку каучуковый мѣшокъ, роскошь, которую онъ не могъ себѣ дозволить.

Только два условія могутъ произвести такое печальное положеніе: или мочевой пузырь не въ состояніи удерживать со-

держимое, или напротивъ онъ не можетъ достаточно опорожниться отъ мочи. Въ первомъ случаѣ органъ не дѣйствуетъ какъ резервуаръ, допускаетъ истеченіе мочи по мѣрѣ накопленія ея; во второмъ случаѣ мѣшокъ чрезмѣрно растянутый, наполняется чрезъ мѣру и выпускаетъ излишекъ тѣмъ способомъ, который я уже описалъ вамъ (лекція V, стр. 73).

Довольно одного взгляда, чтобъ рѣшить вопросъ.

Я далъ вамъ замѣтить очевидную выпуклость, находящуюся надъ лобковымъ соединеніемъ. Когда больной былъ положенъ на спину, мы могли убѣдиться въ тупости выдающейся поверхности и различить кругомъ тимпаническій тонъ кишекъ; что уменьшило наши сомнѣнія, если онѣ могли еще оставаться, на счетъ существованія скопленія жидкости. Однако мы еще не владѣемъ всѣми необходимыми данными. Возвышеніе regionis hypogastrici могло дѣйствительно произойти отъ опухоли въ области мочеваго пузыря, которая заняла бы мѣсто пузыря, или даже перешла бы за его границы и уничтожила бы отправленія его. При ощупываніи, въ опухоли очевидно содержалась жидкость; но это еще не доказательство: случалось, что самая опытная рука иногда теряла свою тонкость осязанія, или увлекалась ложными ощущеніями. Для рѣшенія вопроса я передъ вами зондировалъ больнаго хорошо изогнутымъ катетеромъ, съ помощію котораго извлечено 40 унцій испорченной мочи. Изслѣдованіе предстательной желѣзы не открыло мнѣ ясной гипертрофіи этого органа.

Имѣемъ-ли мы дѣло здѣсь съ параличемъ пузыря? Навѣрно нѣтъ. Мы знаемъ изъ прошедшаго больнаго, что онъ никогда не имѣлъ удара, и прошу васъ запомнить, что безъ нарушенія цѣлости нервныхъ центровъ, параличъ мочеваго пузыря немыслимъ. Вспомните все, что я сказалъ вамъ объ этомъ, въ пятой лекціи. Слово *параличъ* каждодневно употребляется неправильно въ случаяхъ подобныхъ нашему. Эта неправильность рѣчи не только не даетъ точнаго понятія о настоящемъ патологическомъ состояніи,—что по мѣрѣ возможности должны бы достигать нозографическими терминами,—но еще приводитъ въ заблужденіе сужденіе практика и утверждаетъ патогеническую ересь.

Къ какому же поврежденію относятся разстройства отправленій у нашего больнаго? Вѣроятно къ разслабленію, атоніи

мочеваго пузыря. Опредѣлимъ точнѣе. Пузырь не удовлетворяетъ своей роли изгоняющаго агента, въ двухъ условіяхъ: во первыхъ, когда при увеличеніи простаты, которое не всегда бываетъ значительно, возникаетъ въ области шейки непреодолимое препятствіе для нормальнаго, или гипертрофированнаго мышечнаго аппарата пузыря; во вторыхъ, когда мышечная оболочка пузыря, ослабленная или атрофированная, утратила совсѣмъ, или отчасти свою сократительную способность, и органъ приведенъ въ положеніе тонкаго и безсильнаго мѣшка, немогущаго дѣйствовать на содержимое.

Эти два условія: механическое препятствіе и функціональная слабость иногда соединяются въ произведеніи задержанія, и если справедливо, что гипертрофія пузыря есть частое послѣдствіе съуженій мочеваго канала, то мы видимъ также, что пассивное растяженіе и утонченіе оболочекъ пузыря происходитъ вслѣдствіе увеличенія простаты. Но атонія можетъ еще явиться безъ всякаго измѣненія предстательной желѣзы: она иногда происходитъ отъ того, что больной, по какой либо причинѣ, долженъ былъ долго удерживать мочу. Къ несчастью довольно одного раза, что-бы побѣдить силу сопротивленія пузыря, и слѣдующее за симъ ослабленіе (collapsus) становится скоро совсѣмъ неисправимымъ, если врачъ во время не опредѣлитъ его истиннаго характера.

Больной, снова допрошенный объ этомъ обстоятельствѣ, далъ намъ лишь отрицательныя свѣдѣнія: онъ не имѣлъ привычки удерживаться отъ выпущенія мочи. Кромѣ того страданіе его обнаружилось не сразу; напротивъ, развитіе симптомовъ происходило медленно и постепенно, и обстоятельство еще болѣе важное, что эти припадки показались въ ту эпоху жизни, въ которой предстательная желѣза начинаетъ гипертрофироваться. Между тѣмъ посредствомъ изслѣдованія чрезъ прямую кишку мы не находимъ замѣтной гипертрофіи.

Такимъ образомъ мы пришли къ слѣдующему разпознаванію: гипертрофія простаты, ускользающая при изслѣдованіи чрезъ прямую кишку и состоящая въ небольшой выпуклости средней доли, достаточной чтобы заслонить шейку пузыря. Сверхъ того, размѣры пузыря, указуемые постукиваніемъ не менѣе чѣмъ количество вытекшей мочи, позволяютъ намъ прибавить:

стѣнки пузыря тонки и лишены сократительности, т. е. поражены атоніей.

Я полагаю, что не возможно уклониться отъ этихъ заключеній, и прошу васъ не только никогда не употреблять въ такомъ случаѣ слово «параличъ», но еще возставать противъ злоупотребленія этого неподходящаго выраженія другими. Настоящій параличъ пузыря сопровождаетъ страданія спиннаго мозга, и есть лишъ одинъ уголъ картины въ признакахъ болѣзней нервныхъ центровъ. Онъ всегда стоитъ въ связи съ нетвердой походкой, неточнымъ выговариваніемъ словъ, въ однихъ случаяхъ съ легкими, въ другихъ болѣе рѣзкими признаками центральнаго страданія; часто параличъ продолжается даже тогда, когда всѣ остальные признаки почти исчезли.

Во всѣхъ случаяхъ атоніи, главное сдѣлать больному все то, къ чему мы прибѣгли у нашего больнаго, т. е. *опорожнивать вполнѣ мочевой резервуаръ посредствомъ катетеризма* три или четыре раза въ день съ помощію эластическаго катетера. Такимъ образомъ даютъ мышечной оболочкѣ единственную возможность возвратить утраченную силу сокращенія, потому что оно немыслимо, пока накопленіе мочи поддерживаетъ растяженіе пузыря.

Въ случаяхъ чистой и простой атоніи, или легкаго паралича, но безъ осложненія гипертрофіей предстательной желѣзы, гальванизмъ, души, холодныя спринцованія и укрѣпляющія средства приносятъ нѣкоторую пользу. Но все таки, не отрицая дѣйствительной пользы этихъ способовъ, я полагаю не слѣдуетъ ихъ такъ высоко цѣнить, какъ это дѣлаютъ нѣкоторые практики. Я видалъ, что безсиліе резервуара быстро уступаетъ ежедневной фарадизаціи, по слѣдующему способу: одинъ изъ концовъ, съ обыкновенною рукояткою, съ влажною губкою, былъ приложенъ къ поясничнымъ позвонкамъ; съ другой стороны вводили въ пузырь эластическій зондъ, содержащій проволоку, заканчивающуюся, съ свободной стороны, металлической пуговицей; эта проволока внѣ зонда связывалась со вторымъ полюсомъ апарата. Токъ долженъ быть слабый и необходимо слѣдить за дѣйствіемъ его, на столько что-бы произвести самое незначительное ощущеніе. Разъ это условіе исполнено, вы осторожно водите бужъ вдоль стѣнокъ пузыря, и кончая сеансъ, становите бужъ на минуту въ шейкѣ пузыря, что всегда при-

чиняетъ нѣкоторую боль. Само собою разумѣется, что органъ былъ предварительно опорожненъ. Сеансъ не долженъ длиться болѣе восьми или десяти минутъ.

Состояніе патологическое, весьма отличное отъ атоніи, есть безсиліе пузыря удержать содержимое вслѣдствіе какой либо тяжелой болѣзни, или мѣстнаго травматизма. Въ этомъ печальномъ положеніи моча вытекаетъ изъ уретры по мѣрѣ притока изъ мочеточниковъ. Это полнѣйшее недержаніе во всей силѣ слова. Въ этомъ случаѣ помочь можетъ только искуственный резервуаръ, мочепріемникъ; надо замѣнить внутренній резервуаръ, неисполняющій своей роли, резервуаромъ наружнымъ, который всегда можно опростать по желанію больнаго. Къ счастью, подобные случаи рѣдки.

Рядомъ съ этимъ неизлечимымъ недержаніемъ есть другое частное, или скорѣе перемежающееся, которое не только весьма обыкновенно, но что еще лучше, уступаетъ терапіи.

Мать приведетъ къ вамъ сына, или дочь, и скажетъ, что всякую ночь дитя мочится въ постели. Лѣта больнаго могутъ быть весьма различны, но въ большинствѣ случаевъ онъ будетъ ниже *возмужалости*. Вы часто видите такіе примѣры въ залѣ консультаціи. Дѣти, мозгъ которыхъ весьма раздражителенъ, работаетъ безпрерывно, имѣютъ во время сна мускульныя движенія тревожнѣе тѣхъ, которыя замѣчаются у взрослыхъ, или молодыхъ людей, болѣе спокойнаго темперамента. Всѣ уклоненія нервной дѣятельности, включая даже сонамбулизмъ, могутъ проявляться во время сна ребенка, котораго слабое сложеніе подчинено умственной дѣятельности не знающей ни отдыха, ни срока. Ночное недержаніе часто проявляется при этихъ условіяхъ. Понятно, что оно не связано исключительно съ ними; иногда это случается съ дѣтьми тупыми и сонливыми съ очень скудной интеллигенціею; надо сознаться также, что бываютъ случаи, не относящіеся ни къ какой изъ этихъ двухъ категорій.

Нѣтъ леченія, нѣтъ способовъ, которымъ бы не подвергали этихъ несчастныхъ дѣтей, даже доходили до періодическихъ розогъ, которыя, надѣюсь, вы вычеркнете изъ вашего терапевтическаго арсенала. Будьте увѣрены, что наказанія и дурное обращеніе никогда не могли совладать съ этой дѣтской слабостью. Старая поговорка—не жалѣть палки—я уже не говорю

объ ея нравственномъ значеніи,—не для насъ; дѣло наше излечить. Особы, наблюдающія за дѣтьми, часто теряютъ терпѣніе передъ постояннымъ повтореніемъ факта и относятъ его къ лѣни и непослушанію дѣтей. Я видѣлъ, какъ сами родители часто терзаютъ этихъ несчастныхъ маленькихъ преступниковъ. Остерегайтесь потворствовать такимъ жестокимъ поступкамъ.

Я буду кратокъ на счетъ леченія, желая по возможности выяснить преимущественно основные принципы, которые должны руководить нами. У больныхъ перваго разряда (дѣтей нервныхъ и слабыхъ) вы будете развивать преимущественно матеріальную сторону жизни, удаляя сколь возможно причины раздраженія мозга; укрѣпляя организмъ гигіеническими условіями и медицинскими средствами: хорошая пища, свѣжій воздухъ, морскія ванны, желѣзные препараты, рыбій жиръ. Что-же касается дѣтей втораго разряда (тѣ, понятливость которыхъ слаба и неразвита), то надо стараться ихъ умственно развивать, и внушите это ихъ родителямъ. Старайтесь сами поддерживать волю этихъ маленькихъ существъ, такъ чтобы имѣть въ ней союзницу для борьбы съ болѣзнью. Часто этихъ маленькихъ дѣтей мучатъ, вмѣсто того, чтобы объяснить имъ насколько эта привычка унизительна и вызвать ихъ энергію противъ болѣзни.

Изъ лекарствъ лучше всего помогаютъ противъ этого рода недержанія мочи тѣ, которыя дѣйствуютъ преимущественно на мочевые органы. Въ главѣ этихъ средствъ стоитъ белладона; она вліяетъ вдвойнѣ, парализуя двигающій и чувствующій аппаратъ мочеваго пузыря. Вы знаете, что у людей извѣстныхъ лѣтъ, мочевой резервуаръ которыхъ имѣетъ весьма слабую способность изгонять мочу, легкій пріемъ белладоны производитъ иногда полнѣйшее задержаніе, но безъ малѣйшаго обремѣненія для субъекта, до извѣстнаго времени. Назначьте вашимъ молодымъ паціентамъ тинктуру белладоны послѣ обѣда и передъ сномъ, начиная съ слабыхъ дозъ и увеличивая ихъ по мѣрѣ надобности на столько, чтобы получить отъ лекарства физіологическій эффектъ. Если вы такимъ образомъ возвратите мочевому резервуару способность держать мочу въ теченіи цѣлой ночи, то новая привычка замѣнитъ старую и вѣроятно останется по окончаніи пріема лекарствъ, которое дол-

жно быть медленно и постепенно, также какъ и повышеніе пріемовъ. Результаты такого леченія такъ хороши, что совершенно вытѣснили собою нарывные пластыри на крестецъ и другія отвлекающія.

Можно еще испробовать nux vomica. Соединеніе стрихнина съ белладоной, въ пропорціи $^1/_{48}$ и $^1/_{36}$ доли грана перваго изъ нихъ, оказывало дѣйствіе тогда, когда белладона одна не помогала.

Наконецъ, въ упорныхъ случаяхъ, противустоящихъ всѣмъ средствамъ, и преимущественно въ тѣхъ, которые затягиваются до возмужалости, или приблизительно до этого возраста, я часто останавливалъ недержаніе, прижигая простатическую часть канала слабымъ растворомъ лаписа (10 грапъ на 1 унцъ). При надобности, можно повторить прижиганіе болѣе сильнымъ растворомъ.

Я получалъ также хорошіе результаты у молодыхъ людей частымъ введеніемъ бужа въ мочевой каналъ, и оставляя его тамъ двѣ, или три минуты.

Слишкомъ длинное и узкое praeputium есть, наконецъ, послѣдняя причина безпорядочныхъ отправленій, нами разсматриваемыхъ, что можетъ быть уничтожено циркумцизіей.

У юношей, страдающихъ ночнымъ недержаніемъ мочи, слѣдите за правильностію отправленій пищевыхъ путей, начиная отъ желудка, до прямой кишки. Боритесь противъ потери аппетита, приводите въ порядокъ пищевареніе, уничтожайте глисты, потому что все это вредно отзывается на занимающемъ насъ заболѣваніи. Разумѣется, вы запретите излишекъ питья подъ вечеръ и пищи содержащей много воды. Посовѣтуете тому, кто за ребенкомъ ухаживаетъ, заставить больнаго помочиться, какъ можно позже, предъ самымъ сномъ.

Я закончу эту часть нашего обзора краткимъ очеркомъ *опухолей мочеваго пузыря и предстательной желѣзы.* Понятно, что подъ этимъ названіемъ не разумѣются опухоли простаты, описанныя уже въ главѣ гипертрофіи, потому что ея строеніе одинаково съ тканью самой желѣзы, какова бы ни была выпуклость въ полости пузыря, произведенная увеличеніемъ простаты. Опухоли, развивающіяся на счетъ пузыря, рѣдки, но такъ какъ они все таки встрѣчаются въ практикѣ, то я желаю на столько васъ ознакомить съ ними, чтобы вы могли раз-

познать ихъ, если представится случай. Опухоли пузыря, равно какъ опухоли въ другихъ органахъ, подраздѣляются на классы, смотря по большему или меньшему стремленію ихъ распространяться на сосѣднія ткани, или же проявляться далеко отъ мѣста ихъ первичнаго развитія.

Мы имѣемъ, во первыхъ: простыя *фибромы*, принимающія преимущественно форму полиповъ на ножкѣ, вросшей въ стѣнку пузыря, вполнѣ независимо отъ предстательной желѣзы. Это самыя рѣдкія изъ всѣхъ опухолей пузыря, до того рѣдкія, что я нигдѣ не видалъ ихъ, кромѣ музеевъ.

Во вторыхъ опухоли пузыря: *фунгозныя*, *ворсинчатыя*, или *сосудистыя*, извѣстныя подъ именемъ *фунгознаго рака*: названіе невѣрное, потому что процессъ здѣсь не имѣетъ способности распространяться и рецидивировать, но остается постоянно въ органѣ, въ которомъ зародился.

Въ третьихъ *эпителіома*, менѣе всѣхъ опасная изъ злокачественныхъ опухолей и растущая медленнѣе другихъ.

Въ четвертыхъ: *настоящій скирръ*, и еще рѣже *мозговидный ракъ* стѣнокъ пузыря.

Относительно предстательной желѣзы скажу вамъ, что единственная опухоль, которой она подвержена, за исключеніемъ гипертрофіи, это мозговикъ или мозговидный ракъ (cancer encephaloides). Что же касается до скира, то если онъ и можетъ развиваться въ простатѣ, то развѣ только въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ, такъ какъ мнѣ ни разу не случалось его видѣть ни у больныхъ, ни даже въ музеяхъ.

Если мы оставимъ въ сторонѣ, по ихъ рѣдкости, опухоли перваго разряда, т. е. полипы, то можемъ сказать въ общихъ выраженіяхъ, что самый вѣрный признакъ, единственный, позволяющій подозрѣвать присутствіе опухоли въ мочевомъ пузырѣ это: *постоянная гематурія изъ мочеваго пузыря*, которую нельзя объяснить ни присутствіемъ камня, ни другою болѣзнію съ припадками кровотеченія *).

*) И по мнѣнію Генри Томсона, гематурія изъ пузыря иногда также можетъ не проявляться при опухоляхъ въ пузырѣ. Въ Парижѣ, въ Валь-де Грасѣ, встрѣтили случай коллоиднаго рака брюшныхъ стѣнокъ и пузыря, причемъ не было ни геморрагіи, ни другихъ измѣненій мочевыхъ отправленій: такъ что больной умеръ,

Не торопитесь дѣлать вывода и остерегайтесь слишкомъ поспѣшнаго предположенія о существованіи опухоли. Во первыхъ не забывайте, что опухоли встрѣчаются чрезвычайно рѣдко, сравнительно съ другими болѣзнями, сходными съ ними по характеру теченія. Во вторыхъ помните, что присутствіе опухоли вначалѣ не выражается никакимъ патогномоническимъ признакомъ. Только послѣ продолжительнаго и внимательнаго наблюденія болѣзни, т. е. когда она уже достигнетъ извѣстной степени развитія, вы можете положительно опредѣлить существованіе опухоли, особенно путемъ исключенія, per viam exclusionis; признаки почти одинаковы, какъ при камнѣ, и конечно больной будетъ изслѣдованъ зондомъ разъ или два, прежде чѣмъ опухоль будетъ заподозрѣна. Я принимаю, что вы исключили присутствіе съуженія, гипертрофіи простаты, хроническаго задержанія мочи, либо первоначальнаго заболѣванія почекъ, что наконецъ вы не знаете, къ чему отнести учащенныя и болѣзненныя мочеиспусканія, на которыя жалуется больной, а также слизь, гной и кровь, замѣчаемая вами, какъ постоянная или временная подмѣсь къ его мочѣ, появленіе которыхъ постоянно усилено послѣ упражненій или усталости. Вспомните тогда объ опухоли мочеваго пузыря и направьте въ эту сторону ваши наблюденія, согласуясь съ слѣдующими данными.

Введите въ мочевой резервуаръ зондъ съ малою кривизною, и при помощи указательнаго пальца, введеннаго въ прямую кишку, внимательно ощупайте толщину тканей, находящихся между вашимъ пальцемъ и зондомъ. Потомъ, не вынимая катетера, изслѣдуйте путемъ осязанія область надъ и позади лобка. Если вашъ больной худощавъ, то вы безъ затрудненія опредѣлите толщину передней стѣнки пузыря. Наконецъ, старайтесь сдѣлать зондомъ разнообразныя движенія, чтобъ убѣдиться не встрѣтитъ-ли вашъ зондъ какой либо мясистой массы въ заболѣвшихъ участкахъ.

не бывъ ни разу изслѣдованъ зондомъ. Это наблюденіе было публиковано д-ромъ Буассо. При вскрытіи, сдѣланномъ докторомъ Жакеномъ, нашли что: «едва только четверть поверхности пузыря была не тронута; стѣнки послѣдняго значительно утолщены, его полость по крайней мѣрѣ до трехъ четвертей была наполнена двумя рыхлыми студенистыми массами; легкаго прикосновенія было довольно для ея распаденія, широкое основаніе опухоли находилось на передней верхней стѣнкѣ пузыря» (Union médicale, 1868, № 112).

Такимъ образомъ вы можете открыть плотное и скиррозное образованіе, но не разсчитывайте доказать присутствіе фунгозной опухоли, ткань которой, по своей мягкости, ускользаетъ отъ самыхъ тщательныхъ изслѣдованій; эпителіальныя опухоли, не смотря на ихъ широкое основаніе и сосочковатую поверхность, слишкомъ мягки и потому не могутъ быть легко и скоро распознаны. Онѣ весьма мало измѣняютъ мягкость стѣнокъ пузыря, а между тѣмъ эти измѣненія и составляютъ предметъ вашихъ изысканій.

Вслѣдствіе постояннаго распространенія болѣзни, изъ десяти разъ въ девяти наступаетъ время, когда изслѣдованіе чрезъ прямую кишку откроетъ вамъ массу, вдающуюся въ полость кишки и лишенную правильнаго очертанія и однородности, которыя свойственны увеличеніямъ простаты, а напротивъ того, жесткую, неправильную, несиметричную и глубоко вдающуюся въ полость таза такъ, что палецъ не можетъ охватить окраины. Неровность поверхности, недостатокъ однородности строенія, боль при нажиманіи, вотъ признаки, которые заставятъ васъ сдѣлать самое тяжелое предсказаніе о характерѣ болѣзни. Весьма рѣдко опухоль помѣщается въ верхушкѣ пузыря, и потому недоступна для изслѣдованія чрезъ прямую кишку. Почти постоянно процессъ зараждается въ нижней части стѣнокъ пузыря, которыя доступны для ощупыванія пальцемъ чрезъ оболочки прямой кишки. Недавно мнѣ случилось встрѣтить уклоненіе отъ этого закона топографіи патологическаго процесса; вотъ почему я хотѣлъ сообщить вамъ объ этомъ.

При изслѣдованіи вы обратите вниманіе, нѣтъ-ли пораженія желѣзъ въ подвздошной области; оно можетъ вамъ встрѣтиться часто при застарѣломъ скиррѣ. Открытія, которыя вамъ удадутся въ этомъ направленіи, пояснятъ діагностику въ той же степени, въ какой она уясняется появленіемъ рака на совершенно другой части тѣла. Такъ недавно, моя діагностика рака пузыря была подтверждена послѣдовательнымъ развитіемъ опухоли въ области черепа у человѣка пожилыхъ лѣтъ.

Производите по нѣскольку разъ изслѣдованіе мочеваго осадка, потому что онъ можетъ содержать органическіе остатки, отрывки опухолей, драгоцѣнные образчики для разъясненія натуры болѣзни. Я, напримѣръ, могъ распознать путемъ микроскопа фунгозный наростъ.

Что-же касается клѣточекъ эпителіомы и «клѣточекъ рака», то я долженъ это предоставить другимъ, такъ какъ я знаю, что извѣстное число спеціалистовъ защищали значеніе микроскопическаго изслѣдованія мочи при ракѣ мочеваго пузыря; путемъ такого изслѣдованія старались опредѣлить злокачественность образованія. Господа! предполагая, что вы нашли ваши раковыя клѣточки, можете-ли вы добросовѣстно утверждать, что это именно онѣ? Въ теченіи вашихъ студенческихъ занятій, вамъ вѣроятно приходилось изслѣдовать сотни разъ мочу; это не особенно много, но достаточно, чтобы мы поняли другъ друга. Я спрашиваю васъ, не случалось-ли вамъ теряться въ массѣ этихъ клѣточныхъ образованій? Можете-ли вы достовѣрно опредѣлить свойства эпителія, свойства столь разнообразныя, смотря по части, на которой находится опухоль, и по степени развитія болѣзни. Присоедините къ этому постоянное шелушеніе слизистой оболочки, вызванное патологическимъ состояніемъ органа, и посудите, могутъ-ли всѣ эти остатки, собираясь въ мочѣ, сдѣлать безошибочнымъ микрографическое рѣшеніе вопроса. Самыя лучшія клѣтки рака, которыя я когда либо видѣлъ, были взяты изъ мочи больнаго и приготовлены лучшимъ микрографомъ для консультаціи, на которой я присутствовалъ. Послѣ серьезнаго изслѣдованія случая я воздалъ надлежащія похвалы красотѣ и совершенству микроскопическихъ препаратовъ; но опираясь на болѣе широкую почву— клиники, я не призналъ существованія рака въ пузырѣ. Къ счастью паціента исходъ болѣзни оправдалъ мою діагностику въ ущербъ клѣточкамъ *).

Не смотря на неоспоримое достоинство микроскопа (въ этомъ классѣ болѣзней онъ имѣетъ значеніе тотчасъ послѣ *зонда* и почти на одной съ нимъ степени), микроскопическія изслѣдованія не должны затемнять собою общій видъ болѣзненнаго процесса, я хочу сказать: данныя получаемыя при изслѣдованіи простымъ глазомъ, осязаніемъ и реакціями, основанными на анализѣ мочи. Если-же вы находите въ мочѣ (что иногда слу-

*) Кюссъ въ своихъ лекціяхъ постоянно сравниваетъ клѣточки эпителія пузыря съ клѣточками такъ называемыми раковыми. Онъ обыкновенно говоритъ, что клѣтки эпителія пузыря по своей формѣ и размѣрамъ также разнообразны, какъ и клѣточки рака, такъ что ихъ «характеръ, какъ и раковыхъ клѣточекъ, тотъ, что онѣ очень причудливы».

чается дѣйствительно) маленькія отдѣльныя массы, состоящія изъ мягкаго, почти полупрозрачнаго вещества, и микроскопъ указываетъ положительно на новообразованныя клѣточки быстраго происхожденія, большія и содержащія два или три ядрышка, то вы имѣете основаніе допустить существованіе рака, о которомъ вы уже возъимѣли подозрѣніе на основаніи клиническаго изслѣдованія.

Наконецъ, чтобы по возможности опредѣлить, съ какого рода опухолью вы имѣете дѣло, наблюдайте внимательно характеръ кровотеченія и качество болей.

При злокачественныхъ болѣзняхъ приступы кровотеченія весьма неправильны и отдѣлены другъ отъ друга значительными промежутками времени; но если кровотеченіе происходитъ, то всегда обильно продолжается извѣстное время, и состоитъ обыкновенно изъ яркой крови. Въ случаяхъ фунгозныхъ опухолей, моча имѣетъ красноватый оттѣнокъ, напоминающій цвѣтомъ сокъ недожареннаго мяса; она никогда не бываетъ темнокрасною, ни меланическою. Впрочемъ геморрагія можетъ явиться, иногда, случайно и довольно обильною.

Боль при ракѣ болѣе постоянна и сильна, чѣмъ при фунгозныхъ опухоляхъ. Эти послѣднія не сопровождаются неизбѣжно острыми страданіями; развѣ только въ случаѣ, если они служатъ препятствіемъ истеченію мочи.

Что сказать вамъ *о леченіи опухолей мочеваго пузыря?* Въ этомъ случаѣ можно лечить только симптоматически, т. е. на основаніи существующихъ, или выдающихся припадковъ, которые мы раздѣлимъ на три группы:

Кровотеченіе,

Болѣзненныя и частыя мочеиспусканія,

Задержаніе мочи.

Противъ кровотеченія мы имѣемъ, во первыхъ, внутреннія вяжущія, т. е. которыя принимаются чрезъ ротъ: acidum gallicum, таннинъ и acetas plumbi. Я не настолько довѣряю этимъ средствамъ, чтобы горячо вамъ рекомендовать ихъ. Больше я довѣряю слѣдующимъ: квасцы, ferrum aluminatum и настой изъ матико. Я обязанъ лучшимъ моимъ результатамъ соединеніюдвухъ видовъ квасцовъ (квасцы съ кали и квасцы съ желѣзомъ); ихъ даютъ отъ 10-ти до 12-ти гранъ каждаго, три раза въ день, въ растворѣ съ 10, 15 или 20 каплями acidi

sulfuriei и достаточнымъ количествомъ сиропа, чтобы придать препарату пріятный вкусъ. Это средство весьма полезно и во всякомъ случаѣ необременительно для желудка, чего нельзя сказать ни про acidum gallicum, ни про свинцовую соль. Что же касается до настоя матико, то при потерѣ крови, мало мальски обильной, слѣдуетъ давать не менѣе двухъ унцій настоя каждые три, четыре часа *).

Какъ мѣстное средство, ничего нѣтъ лучше и вѣрнѣе противъ кровотеченій изъ пузыря хроническихъ и постоянныхъ— какъ спринцованіе ex argento nitrico. Начинайте растворомъ одного грана на четыре унціи воды и дѣйствуйте со всевозможною осторожностію и вниманіемъ; мнѣ нечего и говорить, что этотъ способъ при неловкомъ употребленіи можетъ усилить кровотеченіе. Вы можете дѣлать по одному спринцованію въ день способомъ, который я указалъ вамъ (стр. 241), съ тою осторожностью, что когда вы вынимаете обратно катетеръ, то оставляйте около унціи жидкости въ мочевомъ резервуарѣ. Пропорція лаписа можетъ быть постепенно увеличена до одного грана на унцію, лишь бы только вызванная боль не была слишкомъ сильна. Очень мало больныхъ переносятъ эту дозу безъ сильной болѣзненности; но такъ какъ здѣсь болью выражается дѣйствіе лекарства, то я считаю позволительнымъ вызвать ее, если кровотеченіе упорно держится.

Когда потеря крови обильна, то абсолютный покой въ постели, холодныя примочки и воздержаніе отъ употребленія инструментовъ—развѣ въ случаѣ серьезнаго задержанія мочи,— составляютъ необходимое дополненіе къ леченію. Если дѣйствительно зондъ необходимо ввести для удаленія крови и мочи, то вы воспользуетесь имъ для введенія ледяной воды, или еще лучше холоднаго настоя матико. Наконецъ, въ одномъ случаѣ, гдѣ всѣ средства были тщетны, я видѣлъ, что геморрагія уступила послѣ впрыскиванія одной драхмы полуторо-хлористаго желѣза, растворенного въ 4 унц. воды.

Для уменьшенія болей и частыхъ мочеиспусканій не скупитесь съ наркотическими. Употребляйте какое хотите изъ

*) Настой матико приготовляется изъ драхмы до четырехъ Foliorum Matico на фунтъ воды. Мнѣ нерѣдко приносила пользу въ кровотеченіяхъ изъ мочеваго пузыря слѣдующая смѣсь: Rp. Tincturae Chinae Withii 6 драхмъ, Elexiri acidi Haleri 2 драхмы M. D. S. принимать по 15 капель 3—4 раза въ день въ полстаканѣ сахарной воды.

П. Заблоцкій.

нихъ, или перепробуйте ихъ поочередно, пока не попадете на то, которое лучше успокоиваетъ симптомы и производитъ менѣе неправильностей въ пищевареніи. Назначайте опіумъ черезъ ротъ, или посредствомъ подкожнаго способа, или въ видѣ suppositorium. Не безпокоясь о количествѣ, старайтесь давать его въ достаточныхъ дозахъ. Здѣсь идетъ рѣчь не о сохраненіи жизни, но объ облегченіи тяжелыхъ страданій, объ успокоеніи продолжительныхъ физическихъ мученій больнаго, участь котораго извѣстна, и существованіе котораго ничто иное, какъ тяжелая борьба. Если вы старательно сохраняете жизнь, то желательно, чтобъ она была сносна. Вотъ почему, сознаюсь, что иногда видъ несчастнаго существа, изнеможеннаго страданіемъ и молящаго смерти, приводилъ меня въ негодованіе, когда ему по непозволительной робости, давали всего только какихъ нибудь 15—20 капель опія или раствора морфія 1—2 раза въ день.

При хроническомъ задержаніи, вы употребите періодическое зондированіе, или даже введете зондъ á demeure, смотря по желанію паціента, или согласно общему его состоянію.

Слѣдующая лекція, которая закончитъ этотъ курсъ, будетъ имѣть предметомъ «гематурію». Я полагаю, что она дастъ намъ возможность бросить общій взглядъ на нѣкоторыя обстоятельства, на которыя до сихъ поръ нами не было обращено вниманія.

Спазмъ мочеваго пузыря.

Мочевой пузырь, подобно всѣмъ другимъ мышечнымъ органамъ, подверженъ спазмамъ (spasmus vesicae urinariae),—болѣзни, происходящей отъ многихъ причинъ и отличающейся отъ раздражительности мочеваго пузыря тѣмъ, что припадки спазмовъ наступаютъ только по временамъ, въ промежутки которыхъ человѣкъ пользуется совершеннымъ здоровьемъ.

Причины и припадки.—Одна изъ обыкновеннѣйшихъ причинъ спазмовъ мочеваго пузыря есть присутствіе камня въ этомъ органѣ; при различныхъ страданіяхъ матки и

прямой кишки, мочевой пузырь способенъ также страдать отъ спазма. Больной въ такомъ случаѣ внезапно поражается сильною болью въ сторонѣ мочеваго пузыря, распространяющеюся вдоль мочеваго канала до конца дѣтороднаго члена. При этомъ моча можетъ выходить невольно, но чаще она задерживается въ мочевомъ пузырѣ вслѣдствіе спазмодическаго сжатія отверстія пузыря; ощущается постоянное желаніе для испущенія мочи безъ возможности удовлетворить ему, и страданія, испытываемыя больнымъ въ это время, бываютъ жестокія, а напряженный и сжатый пузырь, нажимая на прямую кишку, возбуждаетъ позывъ къ испражненію низомъ.

Спазмъ мочеваго пузыря также иногда сопровождаетъ острый перелой, въ особенности, когда вспрыскиванія были употребляемы или слишкомъ сильныя по составу, или слишкомъ рано въ леченіи; въ послѣднемъ случаѣ спазмъ чаще сосредоточивается въ шейкѣ мочеваго пузыря и обыкновенно сопровождается, въ большей или меньшей степени, ея воспаленіемъ.

Бывали случаи, что больные умирали со всѣми припадками задержанія мочи, и при автопсическихъ изслѣдованіяхъ находимо было, что мочеточники, сжатые при ихъ окончаніи въ мочевой пузырь, были расширены скопившеюся мочею; что почечные тазики (pelves renum) были также расширены, и что существо почекъ было поражено. Дѣйствительно иногда случается, что послѣ того, какъ больной оправится отъ припадка спазмъ, надобно бываетъ лечить новый родъ симптомовъ, указывающихъ на страданіе существа почекъ.

Спазмъ мочеваго пузыря,—говоритъ докторъ Проутъ,—можетъ происходить отъ излишка мочевой кислоты въ мочѣ, отъ подагры или отъ нарыва въ почкѣ, отъ изъязвленія или отъ другой органической болѣзни пузыря, предстательной желѣзы и проч.; отъ задержанія мочи, отъ сильнаго половаго инстинкта, отъ употребленія раздражающихъ мочегонныхъ, какъ напр. кантаридовъ, отъ различныхъ болѣзней кишечнаго канала, какъ-то: отъ гистъ, и въ особенности отъ аскаридовъ, истерики и проч.

Распознаваніе.—Спазмъ пузыря можно смѣшать съ острымъ воспаленіемъ этого органа. Въ воспаленіи, впрочемъ, боль бываетъ постоянная, начинаясь болѣе безпокойствомъ, нежели настоящею болью, и усиливаясь постепенно, тогда какъ въ спазмахъ схватки также жестоки, какъ и внезапны. Въ первомъ случаѣ, боль имѣетъ обыкновенный характеръ воспаленія, т. е. рѣжущая и бьющаяся, тогда какъ въ послѣднемъ она бываетъ сжимающею и походитъ въ сущности на родовыя боли. Въ обоихъ случаяхъ обыкновенно бываетъ задержаніе мочи.

Частое возобновленіе спазмовъ пузыря иногда ослабляетъ упругость его стѣнокъ до такой степени, что онѣ окончательно дѣлаются весьма слабыми. Другими словами: болѣзнь иногда оканчивается атоніею пузыря.

Леченіе.—Что касается до леченія этого страданія, то оно бываетъ различно, смотря по причинѣ, произведшей болѣзнь. Если спазмъ соединенъ съ воспаленіемъ, то надобно употреблять противувоспалительный способъ леченія: приставлять піявки къ сторонѣ мочеваго пузыря или къ промежности; если припадки жестоки и увеличиваются, надобно прибѣгнуть къ общему кровопусканію, которое можетъ быть и повторено въ случаѣ надобности; затѣмъ должны быть употреблены теплая ванна и мягчительно-наркотическія припарки; въ тоже время можно употреблять противуспазмодическія средства, какъ внутрь, такъ и въ клистирахъ.

Если есть поводъ думать, что болѣзнь зависитъ отъ подагры или отъ пріостановленія пароксизма этой болѣзни, то между тѣмъ какъ мы стараемся уменьшить припадки болѣзни пузыря, должно стараться въ тоже самое время вызвать подагрическія явленія, для чего употребляются горчичники къ ногамъ, или мушки къ икрамъ. Послѣднее средство дѣйствительно представляетъ, какъ еще замѣтилъ Земмерингъ, діагностическую особенность, потому что оно часто оказывается въ высшей степени благодѣтельнымъ въ отношеніи удаленія болѣзненнаго состоянія пузыря.

Замѣтимъ также, что между палліативными средствами, способствующими къ укрощенію страданій пузыря, зависящихъ отъ подагры, я не нашелъ ничего столь дѣйстви-

тельнымъ, какъ соединеніе colchici, опія и камфоры, или hyoscami. Какъ скоро мы устранили артритическое трудное мочеиспусканіе, то должно обратить все вниманіе на систематическое леченіе подагры и воспрепятствовать ея возвратамъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда спазмъ мочеваго пузыря зависитъ отъ ненадлежащихъ впрыскиваній въ мочевой каналъ, леченіе очень походитъ на то, которое употребляется при спазмѣ мочеваго канала, соединенномъ съ воспаленіемъ. Рѣдко, однакожъ, нужно бываетъ при этомъ дѣлать кровопусканіе; обыкновенно задержаніе мочи въ такихъ случаяхъ устраняется мягчительно-наркотическими втираніями, припарками, теплыми ваннами и проч.

Если спазмы въ мочевомъ пузырѣ происходятъ отъ страданія почекъ, то планъ леченія, по удаленіи самыхъ главныхъ припадковъ задержанія мочи, долженъ состоять въ устраненіи болѣзни почекъ; ибо возвратъ спазмовъ мы не иначе можемъ предотвратить, какъ устранивъ главную болѣзнь въ этомъ случаѣ.

Тоже самое должно сказать и о томъ случаѣ, когда спазмъ пузыря зависитъ отъ присутствія въ немъ камня. Здѣсь наше леченіе должно быть только палліативное и временное, потому что въ такомъ случаѣ никогда нельзя надѣяться на полное излеченіе болѣзни безъ удаленія камня.

Однако-жъ, какъ лучшее, облегчающее на время въ этомъ случаѣ средство, составляютъ наркотическія вещества, которыя можно употреблять внутрь, или въ клистирахъ и суппозиторіяхъ.

Во всѣхъ случаяхъ введеніе катетера въ пузырь должно быть тщательно избѣгаемо; развѣ сдѣлается оно необходимымъ для удостовѣренія, есть-ли въ пузырѣ камень, или нѣтъ.

При спазмѣ пузыря, происходящемъ отъ симпатіи съ сосѣдними органами, получающими нервы изъ одного и того-же источника, tinctura muriatis ferri часто оказываетъ весьма полезное дѣйствіе. Sphincter vesicae бываетъ обыкновенно въ такомъ случаѣ мѣстопребываніемъ спазма. Поэтому, дѣйствіе сего лекарства, кажется, должно быть

чисто антиспазмодическое, и часто это дѣйствіе бываетъ почти непосредственное. Обыкновенный способъ употребленія этого препарата состоитъ въ пріемѣ 15 или 20 капель каждую четверть часа, доколѣ спазмъ не прекратится.

Гдѣ есть причина подозрѣвать, что острыя качества мочи суть единственная возбуждающая причина спазмовъ, то разжиженіе мочи обильнымъ водянистымъ питьемъ необходимо, и если кислота составляетъ преобладающій ея характеръ, то она должна быть уничтожена чрезъ пріемъ щелочи въ растворѣ; если-же, на оборотъ, моча будетъ очень щелочна, то должно употреблять внутрь какую нибудь минеральную кислоту.

Припарка съ порошкомъ камфоры часто бываетъ весьма полезна, когда прикладывается къ промежности. Нѣкоторые совѣтуютъ мазь съ камфорою и опіемъ для втиранія на той-же части. Мягчительные клистиры, съ воднымъ экстрактомъ опія, приносятъ также здѣсь часто пользу.

Табачный клистиръ былъ совѣтуемъ нѣкоторыми въ случаяхъ труднаго испущенія мочи у стариковъ, но это всегда составляетъ опасное средство, и, по моему мнѣнію, оно никогда не должно быть употребляемо. Другіе давали табакъ внутрь. Надобно сказать, что это одно изъ сильнѣйшихъ противуспазматическихъ средствъ; но его польза невѣрна, а вредныя свойства несомнѣнны.

Во всѣхъ упорныхъ случаяхъ спазма мочеваго пузыря надобно изслѣдовать, не произошло-ли уже воспаленіе этого органа, и если оно существуетъ несомнѣнно, то немедленно должно прибѣгнуть къ кровопусканію мѣстному и употреблять всѣ другія извѣстныя средства противъ воспаленія.

П. Заблоцкій.

Болѣзненная чувствительность или раздражительность мочеваго пузыря.

Подъ этимъ именемъ разумѣется болѣзненное состояніе мочеваго пузыря, выражающееся частымъ желаніемъ испущенія мочи, другими словами: частое и нерѣдко непреодолимое побужденіе къ мочеиспущенію, не зависящее отъ воспаленія, или какого либо органическаго поврежденія мочеваго пузыря или предстательной желѣзы, и иногда даже сопровождаемое болью. Частое побужденіе къ мочеиспущенію есть главный признакъ этой болѣзни.

Такимъ образомъ, человѣкъ, прежде пользовавшійся хорошимъ здоровьемъ, получаетъ вдругъ позывъ къ испусканію мочи каждые полчаса, или даже чаще; и это побужденіе бываетъ такъ сильно, что если оно остается безъ удовлетворенія, то моча все-таки выходитъ, не смотря на всѣ старанія удержать ее; если же больной успѣваетъ преодолѣть побужденіе, то нерѣдко слѣдуетъ затѣмъ сильное безпокойство, боль въ сторонѣ мочеваго пузыря и даже атонія пузыря.

Въ этой болѣзни самый актъ мочеиспущенія иногда сопровождается болью въ головкѣ дѣтороднаго члена или подъ уздечкой.

Испражненіе мочи здѣсь, исключая истерическихъ людей, бываетъ въ незначительномъ количествѣ и хотя повторяется часто, но въ общей массѣ это количество не превосходитъ количества мочи здороваго человѣка.

Истерическіе люди иногда страдаютъ отъ раздраженія пузыря, при чемъ нерѣдко испытываютъ при испусканіи мочи большую боль. У такихъ людей, количество мочи часто бываетъ значительно, и она бываетъ водяниста, или содержитъ въ себѣ менѣе обыкновенной пропорціи плотныхъ веществъ, хотя вещественныя химическія свойства ея составныхъ частей остаются однѣ и тѣ же. Объясненіе этой особенности въ количествѣ и качествѣ мочи можно, кажется, вывести, по крайней мѣрѣ до нѣкоторой

степени, изъ того факта, что брюшныя внутренности способны, при истерикѣ, разстроиваться, потому что ихъ нервы идутъ изъ одного и того же источника, — именно, отъ брюшной узловатой системы.

Патологическая анатомія.—Случаи посмертнаго изслѣдованія пузыря людей, страдавшихъ идіопатическою раздражительностію этого органа, чрезвычайно рѣдки. Докторъ Вильямъ Каульсонъ, въ Лондонѣ, изслѣдовалъ тѣло одного субъекта, который былъ весьма нервнаго темперамента и, послѣ долговременнаго страданія этимъ недугомъ, умеръ отъ болѣзни легкихъ. Но онъ не могъ открыть ни малѣйшаго измѣненія въ строеніи пузыря или другаго какого нибудь мочеваго органа.

Однакожъ, должно замѣтить, что когда человѣкъ долго страдаетъ раздражительностію мочеваго пузыря, то органъ этотъ уменьшается въ своемъ объемѣ и, вмѣсто того, чтобъ вмѣщать въ себѣ около двухъ фунтовъ мочи, не можетъ вмѣстить ея болѣе двухъ или трехъ унцовъ. Не смотря на такое уменьшеніе полости пузыря, если человѣкъ не страдалъ съуженіемъ мочеваго канала или болѣзнію предстательной желѣзы, то стѣнки пузыря бываютъ часто тоньше, нежели въ нормальномъ состояніи. Изъ этого, кажется, слѣдуетъ заключить, что продолжительная раздражительность мочеваго пузыря производитъ настоящую атрофію этого органа.

Этіологія.—Когда хирургу представляется случай раздражительности пузыря, то первымъ и важнымъ предметомъ его изслѣдованія должна быть причина, отъ которой зависитъ эта раздражительность. Она можетъ происходить отъ прижатія беременною маткою, отъ твердыхъ кишечныхъ испражненій, отъ геморроя, или отъ присутствія постороннихъ тѣлъ въ пузырѣ. Почти всегда при съуженіи мочеваго канала, пузырь также способенъ раздражаться; но во всѣхъ этихъ случаяхъ, если нѣтъ органическаго измѣненія мочеваго пузыря, раздражительность проходитъ съ удаленіемъ причины ея. Также точно послѣ операціи камневырѣзыванія пузырь часто остается раздражительнымъ.

Разстройство, иногда даже незначительное, пищева-

рительныхъ органовъ можетъ, чрезъ послѣдовательное разстройство отправленій почекъ, причинить раздражительность мочеваго пузыря. Взрослые, въ особенности дѣти, въ лѣтнее время, отъ употребленія въ пищу плодовъ, весьма бываютъ подвержены этому недугу. Въ этихъ случаяхъ моча содержитъ излишекъ или мочевой кислоты, или мочевокислаго амміака, и мы далѣе увидимъ, что acidum malicum, acidum citricum и другія растительныя кислоты поступаютъ въ мочевые органы и отдѣляются ими, безъ измѣненія ихъ, процессомъ пищеваренія или кровотворенія.

Обыкновенною причиною раздражительности пузыря бываетъ ненормальное состояніе мочи. Рѣдко бываетъ, чтобы мочевой пузырь, при отсутствіи въ немъ органическаго поврежденія или измѣненій, зависящихъ отъ съуженія мочеваго канала, не былъ способенъ удерживать здоровую мочу, которая дѣйствуетъ, какъ естественный возбудитель на его слизистую оболочку. Это мнѣніе было поддерживаемо докторомъ Проутомъ, который замѣтилъ: *) «что случаи раздражительности мочеваго пузыря, зависящіе отъ разстройства отправленія почекъ, обыкновенно происходятъ отъ неестественныхъ качествъ мочи. Всякое уклоненіе отъ нормальнаго состоянія мочи, въ отношеніи-ли ея недостатка, или излишества, или въ отношеніи ея составныхъ частей, можетъ быть источникомъ раздраженія въ почкахъ и въ пузырѣ. Поэтому, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда моча слишкомъ жидка или чрезвычайно густа, или много содержитъ въ себѣ кислоты или щелочи, или другую какую нибудь неестественную составную часть, мочевые органы вообще, и мочевой пузырь въ особенности, хотя бы они были и въ совершенно здоровомъ состояніи, способны приходить въ возбужденіе и раздраженіе, и субъектъ до тѣхъ поръ не можетъ имѣть покоя, пока неестественное отдѣленіе устранено. Въ этихъ случаяхъ, болѣзнь находится не въ самомъ пузырѣ, но далѣе въ почкахъ или въ другихъ органахъ».

Иногда болѣзнь происходитъ отъ слишкомъ долгаго

*) On stomach and renal diseases, p. 366.

употребленія лекарствъ, содержащихъ въ себѣ щелочь, и въ этомъ случаѣ моча содержитъ въ себѣ также щелочь. Однажды просилъ моей помощи при раздраженіи мочеваго пузыря человѣкъ, котораго моча содержала въ себѣ много щелочи, но котораго наружный видъ и общее здоровье не позволяли мнѣ ожидать *такой* ненормальности въ этой секреціи. По изслѣдованіи, я нашелъ, что больной постоянно принималъ углекислую соду въ большихъ пріемахъ. Я запретилъ ему продолжать принимать это лекарство, и онъ скоро выздоровѣлъ. Такъ какъ измѣненное состояніе мочи часто бываетъ непосредственно причиною раздражительности мочеваго пузыря, то это обстоятельство должно въ особенности останавливать на себѣ вниманіе практика.

Многіе люди, страждущіе подагрой и ревматизмомъ, подвержены также этому недугу. Часто случается, что больной съ раздраженіемъ пузыря прибѣгаетъ къ помощи врача, который, по изслѣдованіи, находитъ паціента подверженнымъ болямъ въ конечностяхъ и въ поясницѣ, какимъ нибудь сыпямъ на кожѣ и слабости по утрамъ; при этомъ моча обыкновенно выходитъ въ маломъ количествѣ, весьма кисла и содержитъ въ себѣ большое количество мочевокислаго амміака.

Слѣдующій случай поясняетъ эту обыкновенную форму болѣзни: «Одинъ человѣкъ 42-хъ лѣтъ, подверженный ревматизму, обратился ко мнѣ, — говоритъ д-ръ Каульсонъ,—за совѣтомъ, по случаю весьма частаго побужденія испускать мочу, каковымъ недугомъ онъ страдалъ уже нѣсколько лѣтъ. На немъ была сыпь лепрознаго свойства, на многихъ частяхъ тѣла, а въ особенности около локтей и колѣнъ, и онъ часто ощущалъ сильныя боли въ бедрахъ и въ поясницѣ; моча была весьма кисла и выходила въ незначительномъ количествѣ». Каульсонъ прописалъ микстуру изъ diosma, hyoscyamus, carbonas potassæ и sarsaparilla; далъ ему также пилюли изъ каломеля и ревеня на ночь. Чрезъ нѣсколько дней раздражительность пузыря гораздо уменьшилась и сыпь также. Послѣ сего назначенъ былъ декоктъ изъ pareira brava въ продолженіе дня, съ граномъ экстракта colchici на ночь. Недугъ этого паціента былъ много облегченъ, но не излеченъ».

Большая раздражительность пузыря и мочеваго канала, вмѣстѣ съ увеличеннымъ отдѣленіемъ слизистой оболочки въ этихъ частяхъ, нерѣдко случается предъ припадками подагры. Болѣзнь принимаетъ въ этомъ случаѣ иногда характеръ гонорреи и сопровождается жженіемъ при испущеніи мочи; побужденіе къ нему бываетъ часто и сильно, Эти припадки раздражительности пузыря всего болѣе случаются, когда у человѣка въ то же время находится съуженіе мочеваго канала.

«Большею частію въ продолженіе пароксизмовъ подагры, — говоритъ Сэръ Скудаморъ (On gout and rheumatism, p. 18),—моча выходитъ часто, причиняя раздраженіе и чувство жженія. Во время воспалительнаго періода сей болѣзни, въ мочѣ всегда замѣчается кирпичнаго цвѣта осадокъ. Когда этотъ періодъ оканчивается совершенно, и печень (отъ которой этотъ симптомъ главнымъ образомъ зависитъ) остается еще въ болѣзненномъ состояніи, то отстой мочи часто принимаетъ бѣловатый цвѣтъ, который паціентъ сравниваетъ съ цвѣтомъ магнезіи. Этого рода отстой или вышеупомянутый кирпичнаго цвѣта, появляются, смотря потому, преобладаетъ ли воспалительная, или нервная реакція. Иногда однакожъ случается, что у больнаго, который впродолженіе многихъ лѣтъ страдалъ раздражительностію пузыря, этотъ припадокъ облегчается или прекращается въ продолженіе пароксизма подагры. Кирпичный осадокъ состоитъ изъ мочевокислаго амміака (uras ammoniæ), окрашеннаго желтымъ красящимъ веществомъ мочи (?), а иногда purpurate ammoniæ, и послѣдній указываетъ на хроническое страданіе какой нибудь брюшной внутренности, въ особенности печени. Бѣлый осадокъ состоитъ изъ мочевокислой соды, которая у нѣкоторыхъ подагриковъ отлагается въ аморфной формѣ, дѣлающей мочу молочнаго цвѣта». «Я видѣлъ этотъ осадокъ,—говоритъ докторъ Проутъ,—въ большомъ количествѣ отдѣлившимся и состоявшимъ изъ извести (?), въ особенности въ продолженіе ночи, и въ этомъ случаѣ онъ можетъ скопляться въ массу и раздражать мочевой каналъ *)».

*) On stomach and renal diseases, p. 196.

Раздражительность пузыря бываетъ иногда слѣдствіемъ чисто нервнаго состоянія этого органа, и того же самаго спазмодическаго свойства, которое у другихъ людей и въ другихъ частяхъ тѣла причиняетъ постоянное морганіе глазами, или судороги мускуловъ. Въ такомъ случаѣ она можетъ быть идіопатическая, или можетъ быть слѣдствіемъ болѣзни въ какомъ либо сосѣднемъ органѣ,—напримѣръ, маткѣ, или прямой кишкѣ. Въ первомъ случаѣ, частое испущеніе мочи, начавшись однажды, остается постоянно; пузырь становится менѣе вмѣстительнымъ, и только по прошествіи нѣкотораго времени и не безъ нѣкотораго усилія со стороны больнаго, онъ пріобрѣтаетъ свое естественное состояніе и объемъ.

Различныя моральныя страданія, какъ то: печаль и тоска, причиняютъ также этотъ недугъ, который часто бываетъ соединенъ съ особеннымъ состояніемъ нервной системы.

Частые запоры могутъ равнымъ образомъ произвести этотъ недугъ. Я уже указывалъ на причину, почему существуетъ симпатія между пузыремъ и другими тазовыми внутренностями, отъ чего болѣзни одного органа могутъ быть принимаемы за болѣзни другихъ. Но симпатія не ограничивается только этими частями, потому что нѣкоторыя части пищеварительныхъ органовъ, — желудокъ, ileum, часто colon и еще чаще rectum, служа мѣстопребываніемъ раздраженію, причиняютъ болѣзненныя ощущенія въ пузырѣ, въ промежности, или въ мочеиспускательномъ каналѣ, которыя постоянно занимаютъ умъ страдальца серьезными опасеніями.

Я зналъ примѣры раздражительности мочеваго пузыря, слѣдовавшей за атоніею его. Одинъ больной въ продолженіи тифозной горячки, почувствовалъ затрудненіе въ испусканіи мочи. Онъ испускалъ ее дважды въ день. По мѣрѣ того, какъ силы его возвращались, способность мочеиспусканія возвращалась также, и желаніе испускать мочу сдѣлалось столь частымъ, что онъ ощущалъ его каждые полчаса. Онъ прибѣгъ къ моимъ совѣтамъ по этому случаю. Оказалось, что никакой болѣзни въ мочевыхъ органахъ не было, и, за исключеніемъ

случайныхъ ревматическихъ припадковъ, его общее здоровье было хорошо. Моча была весьма кисла и въ маломъ количествѣ. Я прописалъ ему одинъ гранъ экстракта colchici па ночь и десять грановъ двууглекислаго поташа, семь—carbonatis sodae и четыре—селитры, два или три раза въ день, вскорѣ послѣ пищи. Отъ этихъ средствъ моча стала отдѣляться въ большомъ количествѣ и менѣе кислою. Но частое повтореніе мочеиспусканія оставалось. Я пробовалъ отвары: діозмы, pareirae bravae съ различными препаратами желѣза, для облегченія этого непріятнаго недуга, но безъ успѣха.

Я видѣлъ дѣтей, у которыхъ съуженное состояніе крайней плоти (praeputii) было причиною раздражительности пузыря. Я припоминаю встрѣтившійся мнѣ одинъ поразительный подобный примѣръ: мальчикъ, семи лѣтъ роду, въ продолженіе восьми мѣсяцевъ жаловался на частое побужденіе къ испущенію мочи, соединенное съ затрудненіемъ ея прохожденія и на боль въ нижней части живота. Изслѣдовавъ половые органы, я нашелъ отверстіе praeputii столь съуженнымъ, что оно едва пропускало конецъ зонда. Я сдѣлалъ операцію circumcisionis. Съ этого времени припадки прекратились, и дитя выздоровѣло. За тѣмъ другой мальчикъ, одиннадцати лѣтъ отъ роду, страдалъ, въ продолженіе двухъ или трехъ лѣтъ, болью при испусканіи мочи и недержаніемъ ея ночью. Онъ сдѣлался моимъ паціентомъ. Я нашелъ praeputium столь же сокращеннымъ, какъ и въ предъидущемъ случаѣ. Мальчику былъ сдѣланъ простой разрѣзъ praeputii, и всѣ припадки прошли. Въ этихъ случаяхъ, разрѣзъ, или удаленіе оконечности praeputii достаточно бываетъ для излеченія болѣзни.

Раздражительность пузыря встрѣчается еще у дѣтей въ періодъ выхожденія зубовъ. Мы можемъ допустить во всѣхъ этихъ случаяхъ, что существуетъ что-то неестественное въ составѣ мочи, хотя химическій анализъ не всегда открываетъ это. Потребна большая сила воли со стороны юнаго больнаго, чтобы преодолѣть этотъ безпокойный припадокъ, въ особенности если неудержаніе мо-

чи случается, какъ это обыкновенно бываетъ, въ продолженіе сна.

Болѣзненное побужденіе испускать мочу бываетъ часто припадкомъ, сопровождающимъ развитіе злокачественныхъ болѣзней предстательной желѣзы и сосѣднихъ частей. Предмета этого, впрочемъ, здѣсь касаемся мы только для того, чтобъ сдѣлать замѣчаніе, что при изслѣдованіи случаевъ раздраженія пузыря, хирургъ всегда долженъ имѣть въ виду возможность существованія подобной болѣзни.

Когда количество мочи, отдѣляемой почками въ продолженіе двадцати четырехъ часовъ, значительно увеличивается, какъ напр. in diabete, то больной, пренебрегая настоящимъ свойствомъ болѣзни, можетъ вообразить, изъ частаго побужденія къ испражненію мочи, что онъ страдаетъ раздражительностію пузыря. Поэтому, всегда надобно тщательно наблюдать количество мочи, отдѣляемой каждый разъ, и количество составныхъ тѣлъ, замѣчаемыхъ въ мочѣ въ продолженіе двадцати четырехъ часовъ. Здѣсь анализъ мочи необходимъ.

Распознаваніе.—Раздражительность пузыря можетъ быть нерѣдко принята за воспалительное состояніе этого органа. Различіе здѣсь, впрочемъ, сдѣлать легко, и оно имѣетъ большую практическую важность. Если болѣзнь произошла недавно, то она можетъ быть различена отъ острагo воспаленія пузыря по отсутствію боли въ сторонѣ пузыря и тѣхъ общихъ сильныхъ припадковъ, которые характеризируютъ эту послѣднюю болѣзнь. Если раздражительность пузыря существуетъ уже давно, то ее можно различить отъ хроническаго воспаленія пузыря по общему незначительному измѣненію здоровья, тогда какъ въ хроническомъ воспаленіи общее состояніе здоровья рано или поздно разстроивается. Въ слѣдующемъ случаѣ болѣзнь существовала уже давно, и здоровье разстроено было только немного. Одинъ человѣкъ, шестидесяти пяти лѣтъ отъ роду, хорошаго сложенія и ведшій правильный образъ жизни, обратился ко мнѣ за совѣтомъ по случаю весьма частаго желанія испускать мочу, которое не сопровождалось, однакожъ, съуженіемъ мочеваго канала, болѣзнью

предстательной желѣзы, или другимъ какимъ либо страданіемъ. Двадцать лѣтъ тому назадъ, онъ совѣтовался по этому самому поводу въ Парижѣ съ Вельпо, который дѣлалъ ему тогда впрыскиваніе въ мочевой пузырь, но безъ успѣха. Этотъ припадокъ продолжался потомъ всегда, усиливался въ холодную погоду, при какой либо неумѣренности или разстройствѣ здоровья. Во всѣхъ другихъ отношеніяхъ онъ чувствовалъ себя хорошо.

Случаи, въ которыхъ причина раздражительности предполагается находящеюся въ самомъ пузырѣ, но въ сущности находится въ почкахъ, хотя и трудно бываетъ ея открытіе, могутъ быть вообще прояснены при обращеніи вниманія на припадки и при тщательномъ неоднократномъ анализѣ мочи.

Морганьи *) разсказываетъ одинъ случай, гдѣ пузырь былъ мѣстомъ только симпатической боли, тогда какъ самая болѣзнь находилась въ почкахъ. Больной, говоритъ онъ, жаловался на весьма незначительную боль въ почкахъ, тогда какъ онъ чувствовалъ боль въ пузырѣ до такой степени сильную, что шесть врачей, лечившихъ его, не сомнѣвались въ томъ, что мѣстопребываніе болѣзни находится въ этомъ послѣднемъ органѣ. При автопсіи, однакожъ, ничего болѣзненнаго въ пузырѣ открыто не было; но въ почкахъ оказались широкіе и съ развѣтвленіями камни.

«Въ нѣкоторыхъ болѣзняхъ почекъ, — говоритъ докторъ Проутъ,—даже когда моча не очень измѣнена въ своихъ составныхъ частяхъ, боль сосредоточивается главнымъ образомъ въ шейкѣ пузыря; но когда моча дѣйствительно по составу своему болѣзненна, и въ особенности когда она содержитъ въ себѣ много щелочи, то можно быть увѣрену, что почки, въ отношеніи ихъ отправленій, а въ случаѣ, если больной золотушный, или если болѣзнь давно уже длится, то, вѣроятно, и въ органическомъ отношеніи, поражены. О такихъ случаяхъ раздраженія пу-

*) De sedibus et causis morborum. Epist. XLII.

зыря, зависящаго отъ болѣзни почекъ, разсказываетъ Джонсонъ» *).

Леченіе.—При недавней идіопатической раздражительности пузыря, леченіе обыкновенно бываетъ ясно, ибо состояніе общаго здоровья и мочи служатъ тутъ руководствомъ. Въ отношеніи субъектовъ, одержимыхъ подагрою и ревматизмомъ, у которыхъ моча вообще содержитъ много кислоты и отдѣляется въ незначительномъ количествѣ, при чемъ часто выходитъ красный песокъ, должны быть предписываемы щелочи, и форма, наилучшая въ этомъ случаѣ, есть соединеніе поташа, соды и селитры. Углекислый поташъ долженъ быть предпочитаемъ углекислой содѣ, потому что при извѣстныхъ обстоятельствахъ сода входитъ въ соединеніе съ мочевой кислотой (acidum uricum) и образуетъ нерастворимую соль, также вредную, какъ и самая кислота, тогда какъ мочекислый поташъ совершенно растворимъ, и если такое соединеніе должно имѣть мѣсто, то этотъ уратъ выходитъ растворенным въ мочѣ. Вмѣстѣ съ щелочами должно употреблять уксусный экстрактъ colchici, въ пріемахъ отъ одного до двухъ грановъ на ночь, и если пищеварительные органы слабы, какъ напр. infusum cascarilae, columbo или хмѣля, за нѣсколько минутъ предъ пріемомъ пищи. Большое облегченіе доставляетъ иногда больнымъ приставленіе піявокъ или рожковъ на perinaeum, теплыя ванны, употребленіе liquoris potassae и tincturae hyosciami, а если есть запоры, то пилюли съ каломелемъ. Когда раздражительное состояніе пузыря должно быть приписано болѣзни почекъ, то надобно употребить, кромѣ другихъ средствъ, отвлекающіе на поясничную сторону.

Въ этихъ и во всѣхъ другихъ случаяхъ самое строгое вниманіе должно быть обращаемо на діэту. Должно избѣгать плодовъ и вообще растительныхъ веществъ, равно какъ вина, спиртныхъ веществъ и другихъ переходящихъ въ броженіе жидкостей.

У нѣкоторыхъ больныхъ, не смотря на кислое состояніе мочи и отложеніе большаго количества uratis ammo-

---

**) Medico-chirurg. transact. Vol. xxiv, p. 193.

niae, надобно избѣгать употребленія щелочей, которыя производятъ безпокойство, головокруженіе и тяжесть въ желудкѣ. Я недавно зналъ одного человѣка, который имѣлъ большую раздражительность пузыря, и котораго моча, бывшая очень кислою, отлагала большое количество мочекислаго натра, но больной не могъ сносить даже малыхъ пріемовъ щелочныхъ лекарствъ.

Если больной нервнаго темперамента, и моча его щелочная, то долженъ быть принятъ другой планъ леченія. Здѣсь, растворенныя минеральныя кислоты, въ соединеніи съ декоктомъ parieræ bravæ, должны быть предписываемы, и вообще все, что можетъ уменьшить дѣятельность нервной системы, какъ-то: прекращеніе напряженныхъ умственныхъ занятій, избѣжаніе скуки, угнетающихъ страстей и проч.

Въ другихъ случаяхъ, гдѣ моча бываетъ среднею, экстрактъ uvæ ursi, въ пріемѣ пяти грановъ и въ соединеніи съ отваромъ хмѣля или бѣлены, можетъ быть даваемъ въ обыкновенныхъ и даже двойныхъ пріемахъ, 3 раза въ день. Можно также употреблять suppositoria opiata, injectiones opiatas in anum, для укрощенія жестокости припадковъ. Докторъ Каульсонъ совѣтуетъ опійную пилюлю съ мыломъ на ночь, или же небольшой клистиръ изъ пяти или шести ложекъ раствора крахмала съ 6 или 8 каплями опійной настойки. Декоктъ изъ uva ursi можетъ также приносить облегченіе. Каульсонъ говоритъ однакожъ, что въ его практикѣ, никакое лекарство не было вообще такъ хорошо въ раздражительности пузыря, какъ infusum diosmæ. Онъ приводитъ многіе примѣры, гдѣ это средство было успѣшно, послѣ того какъ всѣ другія средства оказались неудачными. Такъ, одинъ человѣкъ 21 года отъ рожденія, одержимый болѣзнію пузыря, обратился къ нему за совѣтомъ. Больной говорилъ, что въ продолженіе 11 или 12 лѣтъ онъ испытывалъ большое затрудненіе удерживать мочу, будучи вынужденъ испускать ее одинъ или нѣсколько разъ, каждый часъ. Какъ только приходила минута желанія мочиться, и если это желаніе тотчасъ не было удовлетворяемо, моча выходила сама собою. Эта раздражительность пузыря всегда увеличивалась отъ употреб-

ленія пива, вина, крѣпкихъ напитковъ и отъ холода. Въ послѣднее время она значительно усилилась. Больной былъ весьма чувствителенъ къ холоду, жаловался на боль въ голеняхъ, но не чувствовалъ никакой боли въ поясницѣ при прижатіи, а также при прижатіи пузыря, и общее его здоровье было удовлетворительно. Моча была нейтральнаго свойства и слегка окрашена. Послѣ безуспѣшнаго употребленія различныхъ препаратовъ желѣза, декокта pareiræ bravæ и бѣлены, Каульсонъ назначилъ infusum diosmæ съ большимъ успѣхомъ.

Съ незапамятныхъ временъ листья діозмы (Diosma crenata, folia Buccо) были въ большомъ уваженіи между жителями Мыса Доброй Надежды, какъ лекарство отъ многихъ болѣзней, въ особенности же отъ раздраженія, или хроническаго воспаленія мочеваго канала, пузыря, предстательной желѣзы и прямой кишки, а также противъ ревматизма, разстроеннаго пищеваренія и почечныхъ камней. Эти листья были съ большимъ успѣхомъ предписываемы въ тѣхъ же самыхъ болѣзняхъ въ Голландіи и Англіи. Есть нѣсколько видовъ этого кустарника; но видъ, называемый diosma crenata, въ особенности славится своими цѣлебными свойствами. Листья эти доставляютъ при перегонкѣ масло, похожее на смѣсь маслъ руты, можжевельника и камфоры, и экстрактивное вещество нѣсколько горькое и слизистое.

Природные обитатели мыса Доброй Надежды и Голландцы, научившіеся отъ нихъ употребленію этого растенія, въ особенности любятъ употреблять спиртъ діозмы, добываемый перегонкою листьевъ діозмы со спиртомъ. Они считаютъ его самымъ лучшимъ лекарствомъ во всѣхъ хроническихъ болѣзняхъ, и даже въ нѣкоторыхъ болѣзняхъ желудка и пузыря, особенно въ спазмодической коликѣ желудка и кишекъ.

Когда бываетъ, при раздражительности мочеваго пузыря, на тѣлѣ чешуйчатая сыпь, и моча содержитъ много кислоты, то bicarbonas potassæ, tinctura hyosciami и экстрактъ sarsaparillæ должны быть прибавляемы къ отвару діозмы: это составлаетъ очень полезную форму; но щелочь надобно оставить, если моча не очень кисла.

Докторъ Джемсъ-Футъ былъ защитникомъ впрыскиваній въ мочевой пузырь въ случаѣ раздражительности этого органа; но въ послѣдствіи это средство никогда не было въ большомъ ходу. Вадъ упоминаетъ о двухъ случаяхъ, въ которыхъ замѣчено было большое облегченіе отъ впрыскиваній въ мочевой пузырь, и выражаетъ свое удивленіе, что средство это не употребляется практиками. Въ пузырь можно впрыскивать простую тепловатую воду или другую какую либо легкую слизистую жидкость, какъ напр. отваръ льняныхъ сѣменъ; впрыскиваніе это можетъ быть производимо однажды или дважды въ день. Количество впрыскиваній и время, въ продолженіе котораго ихъ слѣдуетъ удерживать, постепенно могутъ быть увеличиваемы. Другіе также употребляли впрыскиванія въ пузырь въ случаяхъ простой раздражительности, но не достигали желаемыхъ результатовъ. Впрыскиваніе можетъ быть полезнымъ въ другихъ болѣзняхъ пузыря; но я не могу его считать полезнымъ въ болѣзни, которая насъ теперь занимаетъ.

Раздражительность пузыря и мочеваго канала, зависящая отъ подагры и ревматизма, уступаетъ вообще употребленію colchici въ соединеніи, въ случаѣ надобности, съ какимъ нибудь наркотическимъ средствомъ на ночь. Обыкновенно для этого избирается Доверовъ порошокъ; но я предпочитаю здѣсь препараты морфія. Іодистый калій заслуживаетъ вниманія по его хорошо извѣстному цѣлебному вліянію въ хроническихъ ревматизмахъ. Также рекомендуется guajacum въ подобныхъ случаяхъ; но я не убѣжденъ въ его пользѣ.

При раздражительности пузыря у молодыхъ женщинъ, во время мѣсячныхъ очищеній, или въ случаѣ неправильности этой функціи, препараты желѣза приносятъ большую пользу. А если будетъ отъ этого запоръ, то можно присоединить въ небольшомъ количествѣ алоэ или ревень; ибо запоры въ этомъ случаѣ усиливаютъ обыкновенно припадки. Если будетъ истерика, то тинктура валеріаны, въ смѣшеніи съ настойкою алоэ, можетъ быть употребляема то же съ успѣхомъ. Холодные души равнымъ образомъ оказываются въ подобныхъ случаяхъ полезными.

При неуспѣхѣ другихъ средствъ, хорошо иногда дѣйствуетъ тинктура cantharidum. Я лечилъ одну женщину, которая по ночамъ страдала недержаніемъ мочи. Она была на видъ здорова, умѣреннаго образа жизни и была 22 лѣтъ отъ роду. Овдовѣвъ незадолго предъ тѣмъ, она была ужасно тревожима раздражительностію пузыря. Она не чувствовала боли въ поясницѣ, равно какъ не ощущала ни какихъ симптомовъ разстройства отдѣленія въ почкахъ. Я предписалъ ей принимать по 5 капель тинктуры кантаридъ, два раза въ день, въ небольшомъ количествѣ воды, и въ нѣсколько недѣль болѣзнь совершенно прошла.

У дѣтей, недержаніе мочи, enuresis nocturna обыкновенно зависитъ отъ возбужденнаго состоянія пузыря, или отъ измѣненнаго состоянія мочи. Въ обоихъ случаяхъ, пузырь можетъ удерживать только незначительное количество мочи до побужденія испускать ее, и это побужденіе бываетъ такъ внезапно и сильно, что ему необходимо удовлетворять: иначе моча непремѣнно вытечетъ. Иногда это и бываетъ во время сна.

Мы выше замѣтили, что это состояніе едва ли можно назвать болѣзнію: оно зависитъ отъ необыкновенной и временной воспріимчивости нервовъ мочеваго пузыря, такъ что, когда это состояніе достигло однажды извѣстной степени, то антагонистическое дѣйствіе мускуловъ остается безъ вліянія.

Обыкновенно думаютъ, что это состояніе можетъ быть побѣждено наказаніемъ, однакожъ, если начало, на которомъ наказаніе основано, теряется изъ виду, то несчастное дитя можетъ быть подвергаемо наказанію совершенно безполезно, какъ это часто бываетъ. Наказаніе можетъ дѣйствовать на пробужденіе вниманія къ первому приступу ощущенія, такъ что дитя можетъ предупреждать актомъ воли ту степень растяженія, которая бы должна случиться, и которую, когда она произошла, ни какое усиліе воли, даже подъ страхомъ наказанія, не можетъ преодолѣть.

Въ настоящихъ случаяхъ полезно предупреждать слишкомъ продолжительный сонъ и будить дитя по прошествіи нѣкотораго времени, для испражненія мочи. Недугъ этотъ,

впрочемъ, бываетъ часто весьма тягостенъ и требуетъ для его излеченія большой рѣшимости со стороны маленькаго больнаго, а также терпѣнія и твердости со стороны окружающихъ его. Изъ лекарствъ здѣсь беллядони, nux и валлеріана часто оказываютъ пользу.

Новѣйшія изслѣдованія показываютъ, что случаи чистаго идіопатическаго раздраженія пузыря не такъ часты какъ прежде предполагали, и что частое побужденіе къ испражненію мочи указываетъ большею частію не естественное состояніе мочи, или присутствіе какой нибудь органической болѣзни внѣ мочеваго пузыря, дѣйствующей симпатически на пузырь. Соотношеніе этихъ случаевъ раздраженія мочеваго пузыря съ болѣзнями желудка достаточно разъяснено докторомъ Проутомъ.

Поэтому, хотя нѣкоторыя формы раздраженія пузыря могутъ казаться столь неважными, что едва ли заслуживаютъ вниманія врача, но надобно замѣтить, что при изслѣдованіи и распознаваніи ихъ въ практикѣ, требуется общее знаніе различныхъ формъ болѣзней почекъ и другихъ страданій мочевыхъ органовъ и умѣніе опредѣлить, помощію точнаго химическаго анализа, свойства и относительныя пропорціи составныхъ частей мочи.

П. Заблоцкій.

Камни предстательной желѣзы.

Болѣзнь эта встрѣчается рѣдко, и далеко не такъ часто, какъ камни мочеваго пузыря.

Причины ея почти вовсе неизвѣстны. Извѣстно одно обстоятельство,—это совмѣстность существованія камней въ этой желѣзѣ съ камнями мочеваго пузыря и вообще съ камнями мочевыхъ органовъ. Но, однакожъ, бываютъ и такіе случаи, когда камней въ мочевыхъ органахъ не находятъ при существованіи камня въ желѣзѣ.

Химическія свойства и число камней. — Камни предстательной желѣзы, по изслѣдованію Волластона, состоятъ преимущественно изъ фосфорнокислой извести. Цвѣта они бываютъ вообще темнаго или зеленоватаго; находили нѣкоторые изъ нихъ полупрозрачными. Они

образуются большію частію въ небольшомъ количествѣ: одинъ, два, три. Однакожъ Марсе нашелъ однажды у одного человѣка до 100, Вельпо 90, Крювелье безъ числа. Но большію частію они образуются въ маломъ количествѣ и малаго объема. Чѣмъ число ихъ бываетъ больше, тѣмъ объемъ меньше; форму они имѣютъ неопредѣленную, но вообще болѣе или менѣе она приближается къ круглой или овальной. Когда образуется нѣсколько камней, то они обыкновенно бываютъ покрыты многими плоскостями; Сивіаль нашелъ однажды въ этомъ органѣ камень вѣтвистый

Мѣсто камней.—Камни предстательной желѣзы могутъ находиться:

1) Въ мочевомъ каналѣ, проходящемъ чрезъ желѣзу; камни въ такомъ случаѣ обыкновенно бываютъ небольшаго объема и лежатъ довольно свободно.

2) Иногда они образуются въ существѣ самой желѣзы или между желѣзою и мягкими частями, ее окружающими; такъ камень иногда образуется въ которой нибудь изъ долей самой желѣзы, или между желѣзою и прямою кишкою. Камни этого рода бываютъ совершенно заросшими мягкими частями и уже не выходятъ въ мочевой каналъ.

3) Наконецъ они образуются въ каналахъ выходящихъ изъ желѣзы въ мочевой каналъ, in canalibus prostaticis, in canalibus ejaculatoriis, или же образуются среди различнаго рода болѣзненныхъ произведеній, могущихъ развиться въ существѣ самой желѣзы. Камни образующіеся при всѣхъ этихъ условіяхъ только частью бываютъ прикрѣплены къ желѣзѣ, а другая ихъ часть остается свободною въ мочевомъ каналѣ. Въ этомъ состоитъ главнѣйшее развитіе камней предстательной желѣзы въ отношеніи ихъ мѣстонахожденія.

Способъ образованія камней предстательной желѣзы.—Не всѣ сказанные нами камни образуются изъ мочи. Камни 1-го и 3-го рода образуются изъ мочи чрезъ отложеніе землистыхъ ея частей. Въ образованіи же камней 2-го рода, т. е. тѣхъ, кои образуются въ существѣ самой желѣзы, или между желѣзою и частями ее окру-

жающими, моча повидимому не участвуютъ нисколько: этого рода камни, по замѣчанію Мерсье, происходятъ отъ сгущенія жидкости, приготовляющейся въ существѣ желѣзы.

Камни послѣдняго рода отличаются отъ другихъ камней желѣзы и по своимъ физическимъ признакамъ: они обыкновенно бываютъ довольно мягкіе, удобораздавляемые пальцами, цвѣтомъ похожіе на мочевые камни образующіеся ex acido urico. Морганьи сравнивалъ эти камни по формѣ съ сѣмянами табаку. Многіе изъ камней, встрѣчаемыхъ въ предстательной желѣзѣ, началомъ своего происхожденія имѣютъ мочевой пузырь, или входятъ въ желѣзу изъ мочеваго пузыря. Камни заходящіе изъ мочеваго пузыря, суть камни перваго рода, т. е. находимые въ предстательной части мочеваго канала. Изъ мочеваго пузыря камни могутъ пройдти въ простатическую часть мочеваго канала двоякимъ образомъ: 1) съ мочею; этого рода камни обыкновенно бываютъ небольшіе, или 2) наоборотъ, могутъ проникнуть туда медленно, расширяя постепенно collum vessicae; этого рода камни бываютъ довольно большаго объема.

Кромѣ того, камень мочеваго пузыря можетъ своимъ отросткомъ взойти въ существо самой желѣзы, постепенно напирая на collum vericae и вростая въ мягкія части. Этого рода камни называются calculi vesico-prostatici для отличія отъ камней образующихся въ существѣ желѣзы и выдающихся своимъ отросткомъ въ мочевой пузырь и называемыхъ calculi prostatovesicales.

Это раздѣленіе имѣетъ практическую цѣль и выгоду. Извѣстно, что вообще камни, находящіеся въ двухъ органахъ, состоятъ изъ двухъ долей, такъ что камень, образовавшійся первоначально въ мочевомъ каналѣ и проникнувшій потомъ своимъ отросткомъ чрезъ растяженіе мягкихъ частей въ существо prostatae, имѣетъ свою толстую долю въ мочевомъ пузырѣ, и слѣдовательно для извлеченія его нужно дѣйствовать на самый мочевой пузырь, и наоборотъ, камень, образовавшійся первоначально въ желѣзѣ, или хотя онъ былъ сюда и занесенъ, но

потомъ, развившись, проложилъ себѣ путь въ мочевой пузырь, удерживается въ желѣзѣ обыкновенно болѣе толстою долею. Извлеченіе его чрезъ мочевой пузырь будетъ сопряжено съ большими трудностями, между тѣмъ какъ дѣйствуя на простату чрезъ perinaeum или чрезъ intestinum rectum, цѣль достигается гораздо удобнѣе.

Припадковъ при камняхъ предстательной желѣзы иногда не замѣчается никакихъ. Въ другихъ случаяхъ камни эти причиняютъ боль и тяжесть въ промежности. Иногда они вызываютъ припадки похожіе на припадки, развивающіеся отъ присутствія камней въ мочевомъ пузырѣ, что иногда вводило хирурговъ въ важную ошибку. У нѣкоторыхъ больныхъ образуется priapismus или demipriapismus.

Вообще можно сказать, что въ настоящее время симптоматологія этой болѣзни еще очень неполна.

Разпознаваніе.—При разпознаваніи должно всегда хорошо помнить различіе камней по мѣсту. Мы замѣтили что есть камни, развивающіеся въ самомъ существѣ желѣзы и есть камни, partis prostaticae urethrae. Эти послѣдніе развиваются или первоначально въ мочевомъ каналѣ, или же заносятся сюда въ видѣ небольшаго отломка изъ мочеваго пузыря. Соотвѣтственно сему двоякому различію камней и существуетъ двоякій способъ ихъ изслѣдованія: чрезъ мочевой каналъ и чрезъ прямую кишку. Оба эти способа, для лучшаго изслѣдованія болѣзни, всегда должны быть употребляемы вмѣстѣ 1). Изслѣдованіе чрезъ мочевой каналъ производится металлическимъ зондомъ или катетеромъ. Вводятъ зондъ, и ежели находится камень in parte urethrae prostatica, то замѣчается тоже самое чувство, какое и при катетеризмѣ тѣмъ-же самымъ инструментомъ камней находящихся въ мочевомъ пузырѣ и въ мочевомъ каналѣ. Въ случаяхъ сомнительныхъ Сивіаль совѣтуетъ употреблять мягкій восковой бужъ или bougie emplatsique, но это средство не такъ надежно, какъ первое. Изслѣдованіе камней чрезъ мочевой каналъ можетъ быть затруднительно и безполезно при слѣдующихъ обстоятельствахъ: a) когда впереди камня будетъ находиться одно или нѣсколько съуженій мочеваго канала; b) когда

находится одинъ или нѣсколько камней мочеваго канала. Въ этихъ случаяхъ, чтобы достигнуть точнаго распознаванія, нужно сперва удалить съуженіе или извлечь камни изъ мочеваго канала. Но извѣстно, какъ эти двѣ вещи исполняются медленно и трудно. Кромѣ того, этимъ путемъ изслѣдованія можно узнать присутствіе только такихъ камней, кои лежатъ совершенно въ мочевомъ каналѣ, или хотя лежатъ и въ существѣ желѣзы, но одною непокрытою своею частью выходятъ въ каналъ. 2) Изслѣдованіе чрезъ прямую кишку производится пальцемъ и можетъ быть полезно преимущественно при тѣхъ камняхъ, кои находятся въ существѣ самой желѣзы, или между желѣзою и прямою кишкою. Если камень довольно великъ, окружающія его мягкія части здоровы и желѣза не гипертрофирована, то пальцемъ чрезъ прямую кишку можно чувствовать твердое тѣло, твердостію превосходящее плотность желѣзы; можно даже иногда опредѣлить величину и форму инороднаго тѣла. Но должно сказать, что такіе счастливые случаи точнаго распознаванія встрѣчаются рѣдко.

Главнѣйшимъ препятствіемъ въ этомъ случаѣ служитъ гипетрофія желѣзы, очень часто сопровождающая развитіе камней; при существованіи этого не нормальнаго состоянія желѣзы весьма трудно бываетъ ощупать пальцемъ камень. Изъ всего сказаннаго доселѣ видно, что распознаваніе камней предстательной желѣзы часто бываетъ затруднительно, и иногда невозможно.

Иногда даже знаменитые хирурги и опытные практики не могли замѣтить при жизни у больнаго камня, даже значительнаго объема, величиною наприм. въ небольшое яйцо.

Нѣкоторые совѣтовали при распознаваніи этихъ камней обращать вниманіе на признаки отправленій: но эти признаки также чрезвычайно обманчивы. Говорили, что при этихъ камняхъ бываетъ priapismus, но priapismus бываетъ и въ другихъ болѣзняхъ; другіе говорятъ о demi-priapismo.

Леченіе.—1) Когда находится calculus prostato-vesicalis, то совѣтуютъ дѣлать операцію камневырѣзыванія per perinaeum. 2) Когда бываетъ calculus vesico-prostaticus,

то также совѣтуютъ дѣлать lithotomiam perinaealem. Нѣкоторые-же совѣтуютъ тутъ дѣлать lithotomiam suprapubicam, напр. Амюсса и Леруа д'Етіоль. 3) Когда камень небольшой и находится in parte prostatica urethrae, то должно его вынуть, или раздробить и вынуть, по примѣру камней мочеваго кнала. Для сего употребляютъ тотъ-же инструментъ Гунтера, или pince à trois branches Сивіаля, какъ и при камняхъ мочеваго канала. 4) Ежели же камень, находящійся in parte prostatica urethrae, додовольно великъ, такъ что его нельзя ни захватить пинцетомъ, ни раздробить на мѣстѣ, въ такомъ случаѣ Сегалля совѣтуетъ пропихивать камень въ мочевой пузырь, что должно дѣлать металлическимъ зондомъ или катетеромъ. Пропихнувши въ мочевой пузырь, должно дѣлать литотритію. Сегалля говоритъ, что пропихнуть камень въ мочевой пузырь всегда легко, потому что мочевой каналъ легко растягивается; но здѣсь ему можно возразить его же доказательствомъ; ежели мочевой каналъ легко расширяется, то камень можно всегда удобно захватить инструментомъ и раздробить на мѣстѣ; при томъ еще замѣтимъ, что камень in prostata составляетъ болѣзнь не столько важную, какъ камень in vesica. Мнѣ кажется, что ежели камня glandulae prostatae нельзя захватить и вынуть, или захватить и раздробить на мѣстѣ, то лучше дѣлать операцію urethrotomiae, нежели пропихивать его въ мочевой пузырь и потомъ уже дѣлать литотритію. Разрѣзы при urethrotomia нужно дѣлать по срединѣ raphe. 5) Ежели камень находится въ существѣ желѣзѣ, или между желѣзою и прямою кишкою, въ такомъ случаѣ онъ вынимается чрезъ разрѣзъ мягкихъ частей по raphe до самаго камня.

П. Заблоцкій.

Туберкулы предстательной желѣзы.

Туберкулезное перерожденіе предстательной желѣзы было находимо уже нѣсколько разъ. Туберкулы замѣчаются или въ одномъ мѣстѣ, или въ нѣсколькихъ мѣстахъ желѣзы, при этомъ бываютъ часто бугорки въ легкихъ, въ яичкѣ и въ другихъ органахъ.

Туберкулы въ предстательной желѣзѣ въ началѣ болѣзни не обнаруживаются замѣтными признаками; въ это время иногда замѣчали запоры и жиленья при испражненіи низомъ (тенезмы); больной худѣетъ и по наружности имѣетъ видъ кахектика. Но всѣ эти признаки не могутъ указать на присутствіе туберкуловъ въ простатѣ.

Первые признаки, которые могутъ обратить вниманіе хирурга на простату замѣчаются со стороны шейки пузыря; боль, или жиленье при испущеніи мочи (tenesmus vesicalis); въ другихъ случаяхъ трудное мочеиспущеніе (dysuria) или даже задержаніе мочи (retentio urinae). Эти признаки, однакожъ, не указываютъ еще на вѣрную діагностику отложенія бугорковъ въ простатѣ.

Существуютъ ли эти признаки или нѣтъ, у больнаго появляется почти всегда haematuria. Кровь истекаетъ изъ мочеваго канала, внѣ акта выпущенія мочи въ количествѣ различномъ, но вообще немного. Иногда замѣчали, что съ кровью была подмѣшана сѣмянная жидкость, и по временамъ вытекала изъ мочеваго канала жидкость похожая на перелойную матерію. Одно изъ частыхъ явленій при этомъ страданіи простаты есть присутствіе туберкулъ въ въ яичномъ придаткѣ (epididymis) и въ относящихъ каналахъ.

Діагностика этой болѣзни темна. Рѣдко туберкулы въ простатѣ узнаются при жизни, ибо припадки, ихъ характеризующіе, почти одинаковы съ тѣми припадками, которые обнаруживаются при другихъ опухоляхъ предстательной желѣзы и разныхъ болѣзняхъ пузыря. Болѣзнь эта неизлѣчима, и если существуютъ туберкулы въ легкихъ или въ оболочкахъ мозга, то жизнь больныхъ сильно сокращается. Если же туберкулы только находятся въ яичкахъ и въ предстательной желѣзѣ, безъ присут-

ствія ихъ въ легкихъ, то такіе больные живутъ довольно долго при соблюденіи извѣстныхъ гигіеническихъ условій.

Допустимъ, что намъ удалось при жизни открыть туберкулы въ предстательной желѣзѣ; тогда лѣченіе, кромѣ общаго противъ туберкулезной кахексіи, должно быть еще мѣстное: сдѣлать для паціента по возможности сносными тѣ припадки, которые его сильно безпокоятъ *).

П. Заблоцкій.

---

*) Для интересующихся этимъ предметомъ совѣтуемъ прочесть: Etude sur les Tubercules de la Prostate, par Delfeau. Paris, 1874.

ЛЕКЦІЯ XVII.

Гематурія и почечные камни.

Мм. Гг. Программу, предположенную въ началѣ этого курса, мы заключимъ сегодня нѣкоторыми поясненіями явленія, часто встрѣчающагося въ патологіи мочевыхъ путей и извѣстнаго подъ именемъ *Гематуріи*. Сначала опредѣлимъ слово. Что разумѣется подъ именемъ гематуріи?

«Гематурія» (кровавая моча) состоитъ въ выпусканіи мочи съ примѣсью крови. Этимъ опредѣленіемъ мы вычеркиваемъ изъ нашего обзора: 1) кровавыя истеченія изъ члена, penis, внѣ момента мочеиспусканія; 2) всѣ кровотеченія одновременныя съ выведеніемъ мочи, но происходящія вслѣдствіе chordae, либо операціи, или какого-бы то ни было травматическаго поврежденія мочеваго канала. При этихъ послѣднихъ условіяхъ кровь дѣйствительно вытекаетъ вмѣстѣ съ мочею, не смѣшиваясь съ нею, или-же она слѣдуетъ за мочеиспусканіемъ, либо предшествуетъ ему.

Гематурія ни что иное, какъ припадокъ, о которомъ слѣдуетъ постоянно заботиться, коль скоро вы имѣете дѣло съ страданіемъ мочевыхъ путей. Это явленіе составляетъ предметъ третьяго вопроса изъ нашихъ четырехъ діагностическихъ вопросовъ. Вотъ стаканъ, содержащій мочу, ясно смѣшанную съ кровью. Откуда эта кровь? Не легко, господа, немедленно опредѣлить источникъ крови, въ этомъ длинномъ и сложномъ снарядѣ, который простирается отъ Мальпигіевыхъ тѣлецъ до наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала. Нерѣдко затрудненіе чрезвычайно велико. Въ подобномъ случаѣ, что

приходится нерѣдко видѣть въ медицинѣ, это есть симптомъ темнаго происхожденія служащій основою для спеціальнаго наименованія, и въ концѣ концовъ считается, хотя и незаконно, сущностью всего заболѣванія. Я вамъ уже однажды говорилъ, что вы услышите вопросы, «какъ надо поступать при водяной»? При гематуріи ожидайте подобныхъ-же вопросовъ.

Спеціальное изученіе гематуріи, помимо новыхъ данныхъ, которыя оно намъ доставитъ для клиническаго опредѣленія болѣзни, не разъ приведетъ насъ на почву, уже хорошо намъ знакомую и разобранную сообща. Въ вашемъ интересѣ я радъ вернуться еще разъ къ тому, о чемъ мы имѣли случай говорить. Это возвращеніе къ извѣстному уже предмету будетъ имѣть для сдѣланныхъ выводовъ значеніе повѣрки ариѳметическаго счета; это будетъ, до нѣкоторой степени, синтезъ послѣ анализа.

Итакъ, имѣя образецъ кровавой мочи, оцѣните приблизительно количество крови, содержащейся въ жидкости, и хорошенько замѣтьте степень окраски. Затѣмъ, какъ-бы пересчитывая по пальцамъ, просмотрите всѣ обыкновенные источники кровянистаго мочеиспусканія, т. е. почки, мочевой пузырь, предстательную желѣзу и мочевой каналъ.

1) *Почки.*—Почечная геморрагія можетъ произойти отъ различныхъ причинъ. Мы наблюдаемъ ее напримѣръ болѣе или менѣе, долго при воспаленіи почекъ. Въ пораженіяхъ болѣе или менѣе хроническихъ и упорныхъ, каково напримѣръ перерожденіе почечной ткани. Въ случаѣ почечныхъ камней, какъ послѣдствіе механическаго разстройства, произведеннаго ихъ присутствіемъ. Наконецъ, вслѣдствіе большихъ насилій, или ударовъ въ поясничную область.

Случаи гематуріи, относящіеся къ воспаленію почекъ, сопровождаются лихорадкой, обозначающею ихъ происхожденіе. Что-же касается органическихъ разстройствъ, медленно развивающихся, то они большею частію связаны съ общимъ состояніемъ, болѣе или менѣе кахектическимъ, и моча вѣроятно представитъ и другія измѣненія, кромѣ простой примѣси крови.

Если количество крови незначительно, что иногда случается, то изслѣдуйте старательно качества мочи; посмотрите, не утратила-ли она своего физіологическаго удѣльнаго вѣса, не блѣднѣе-ли она обыкновеннаго, или не содержитъ-ли такую про-

порцію бѣлка, котораго кровь, или гной не могутъ дать. Можетъ быть микроскопъ укажетъ вамъ на нѣкоторые слѣпки почечныхъ канальцевъ. Наконецъ осмотрите, не существуетъ-ли въ нѣкоторой степени отека подкожной клѣтчатки (anasarca). Въ двухъ предъидущихъ видахъ (воспаленіе и органическое перерожденіе), кровь даетъ мочѣ *дымчатый оттѣнокъ*. И если къ этому оттѣнку присоединяется мѣстная боль, хотя-бы тупая и легкая, то можно почти утверждать, что геморрагія происходитъ изъ почекъ, а не изъ другихъ частей.

При злокачественныхъ опухоляхъ почекъ, гематурія можетъ неожиданно принять большіе размѣры. Быстрый ростъ новообразованія, neoplasma, и послѣдовательное увеличеніе объема желѣзы—самые характерные признаки подобнаго заболѣванія.

Если гематурія имѣетъ причиной механическое поврежденіе почечной паренхимы, вы найдете въ анамнезѣ больнаго: паденіе на спину, удары, насилія и пр., или увидите признаки почечнаго камня, заболѣваніе, которымъ мы сейчасъ подробно займемся.

2) *Мочевой пузырь.*—Оставляя въ сторонѣ мочеточники, вы помните, что мочевой пузырь представляетъ собой второй источникъ кровотеченія изъ мочевыхъ органовъ. Сильное воспаленіе пузыря, камень, либо опухоль—вотъ самыя частыя причины его. Воспаленіе мочеваго пузыря достаточно обнаруживается примѣсью слизи и гноя въ мочѣ, равно какъ и другими, уже извѣстными вамъ признаками.

Камень въ пузырѣ, независимо отъ признаковъ, дающихъ право на подозрѣніе его присутствія, не можетъ укрыться отъ изслѣдованій зонда. Въ этомъ случаѣ кровь всегда яркая, и ея количество пропорціонально суммѣ движеній, которыя себѣ позволилъ больной.

Что же касается опухолей мочеваго пузыря, ихъ діагностика посредствомъ гематуріи не такъ легко дается. Впрочемъ вообще геморрагія, происходящая отъ опухоли, значительнѣе той, которая происходитъ отъ камня, и при томъ моча подмѣшана меньшимъ количествомъ слизистогнойнаго вещества. Если опухоль злокачественна, вы можете иногда ее ощупать, не считая еще острыхъ болей, которыя она вызываетъ; фунгозные наросты придаютъ мочѣ, въ теченіе нѣсколькихъ послѣдовательныхъ дней, блѣдно-красный оттѣнокъ. Въ обоихъ случаяхъ

кровь еще яркая, если только она не оставалась долго въ мочевомъ пузырѣ, что дѣлаетъ ее бурою, съ оттѣнкомъ кофе.

3) *Предстательная железа.*—Кровотеченіе изъ простаты особенно при гипертрофіи желѣзы можетъ иногда также произойти. Но въ этомъ случаѣ возрастъ больнаго, постепенное развитіе неправильности отправленій желѣзы и наконецъ изслѣдованіе предстательной желѣзы чрезъ прямую кишку разсѣеваютъ всѣ сомнѣнія.

При prostatitis chronica нерѣдко случается видѣть, что при послѣднихъ капляхъ мочеиспусканія, моча содержитъ слѣды крови.

4) *Мочевой каналъ.*—Когда кровотеченіе связано съ суженіемъ канала, то теченіе болѣзни разрѣшаетъ наши сомнѣнія. Кровотеченіе при съуженіи часто происходитъ отъ поврежденія канала инструментами. Гематурія изъ пузыря можетъ также зависѣть отъ неловкаго употребленія инструментовъ.

Наконецъ, мы не должны терять изъ виду, что моча можетъ дѣлаться кровянистою подъ вліяніемъ нѣкоторыхъ сильныхъ мочегонныхъ, при purpura, при тяжелыхъ лихорадкахъ, или въ гемофиліи.

Перейдемъ теперь къ *леченію гематуріи.* Всякое кровотеченіе, точка исхода котораго выше мочеваго пузыря, т. е. источникъ котораго лежитъ въ почкахъ или въ ихъ тазикахъ, прежде всего требуетъ покоя и горизонтальнаго положенія. Происходитъ-ли истеченіе крови отъ органическаго перерожденія, или отъ механическаго раздраженія, произведеннаго камнемъ — покой есть первое и необходимѣйшее средство; кромѣ того больной долженъ пользоваться насколько возможно моральнымъ спокойствіемъ и тишиной.

Чаще всего гематурія, происходящая изъ почекъ, уступаетъ внутреннимъ вяжущимъ и кровоостанавливающимъ средствамъ, между ними назову, какъ самыя обыкновенныя, квасцы, таннинъ, свинцовыя соли и терпентинъ. Съ точки зрѣнія дѣйствительности, я ставлю на одномъ ряду и настой матико, употребляемый въ пріемѣ отъ 2 до 3 унцій каждые три часа. Полуторохлористое желѣзо и сѣрная кислота также могутъ принести пользу (смотр. стр. 311).

Но въ случаяхъ серьезной гематуріи, происходящей изъ

мочеваго пузыря, или чаще еще изъ гипертрофированной простаты, необходимо назначить дѣятельную и цѣлесообразную терапію. Позванные къ больному, вы часто найдете мочевой пузырь разтянутымъ объемистымъ сгусткомъ крови, или больной будетъ испускать ненормально частыми мочеиспусканіями болѣе крови, чѣмъ мочи. Въ большой части этихъ случаевъ вы можете убѣдиться, что причиной кровотеченія есть грубое употребленіе инструментовъ. Прикажите тогда больному принять лежачее положеніе на спинѣ и строго запретите вставать, или предаваться малѣйшему усилію при мочеиспусканіи. Въ этомъ случаѣ давайте паціенту большія дозы опіума; этимъ вы сократите болѣзненные позывы, постоянно вызывающіе сокращенія мочеваго пузыря. Не забывайте также охладительныхъ: прикладывайте пузыри со льдомъ на нижнюю часть живота и промежность, а еще лучше вводите небольшіе куски льда въ прямую кишку.

Что же касается зонда, то если можете обойтись безъ него, оставьте его въ сторонѣ. Нѣкоторые люди считаютъ пугаломъ существованіе объемистаго сгустка крови въ мочевомъ пузырѣ и я знаю хирурговъ, не остановившихся предъ разрѣзомъ мочеваго пузыря надъ лобковой костью, съ единственною цѣлію извлечь сгустокъ крови. Вы, господа, старайтесь не трогать его; постоянное дѣйствіе мочи растворитъ его и понемногу выгонитъ. Поторопившись пособіемъ, вамъ по всей вѣроятности удается освободить резервуаръ, но вмѣстѣ съ тѣмъ вы навѣрно вызовете новое кровотеченіе. Ничто такъ не помогаетъ сростанію сосудовъ, какъ воздержаніе отъ всякаго механическаго и инструментальнаго вмѣшательства. Все время пока будетъ продолжаться выдѣленіе сгустка, поддерживайте силы больнаго хорошимъ питаніемъ и пр.

Но вотъ другой случай: кровотеченіе можетъ произойти у человѣка, мочевой пузырь котораго издавна утратилъ изгоняющую силу и который мочится лишь при помощи зонда. Здѣсь вы иногда принуждены извлекать сгустокъ, наполняющій органъ, безъ чего моча не найдетъ себѣ стока. Вы вводите катетеръ—ничего непоказывается; конецъ инструмента углубляется въ сгустокъ, но вы не получаете ни одной капли жидкости; при этихъ условіяхъ, вы можете выйти изъ затрудненія, приспособивъ къ толстому серебрянному зонду спринцовку, какая

употребляется при hydrocele, или желудочный насосъ. Въ двухъ или трехъ случаяхъ я былъ очень доволенъ инструментомъ г. Кловера. Вообще избѣгайте употребленія вяжущихъ спринцованій; раздраженіе ими причиняемое приноситъ болѣе вреда, чѣмъ пользы. За рѣдкимъ исключеніемъ, сколько нибудь энергическія вяжущія спринцованія производятъ болѣзненный спазмъ мочеваго пузыря, явленіе болѣе благопріятное для возобновленія кровотеченія, чѣмъ для его остановки.

Перейдемъ къ другому предмету. Замѣтьте, пожалуйста, черноватый необыкновенный цвѣтъ мочи, содержащейся въ этомъ стаканѣ, прослѣдимъ вмѣстѣ больнаго, доставившаго намъ ее. Для полученія этого образчика, я просилъ больнаго собрать первую унцію мочи въ особый стаканъ, чтобы промыть хорошенько мочевой каналъ; остальное же количество собрано въ этомъ стаканѣ. Вы уже знакомы съ этой уловкой, необходимой для избѣжанія всякихъ недоразумѣній. Правильный же образчикъ, который я имѣю честь вамъ представить, не имѣетъ ни прозрачности, ни свѣтлаго цвѣта, свойственныхъ обыкновенно мочѣ.—Цвѣтъ не то, чтобы красноватый, но скорѣе мутно-темный, сѣроватый, съ оттѣнкомъ оранжеваго, цвѣтъ вообще извѣстный подъ именемъ «дымчатаго». Для опытнаго глаза этотъ оттѣнокъ обнаруживаетъ присутствіе крови. Отчего же, спросите вы, жидкость не красна? Потому что послѣ извѣстнаго времени смѣшенія съ мочей, кровь утрачиваетъ свой яркій цвѣтъ и становится бурою; смотря по большому или меньшему количеству ея въ мочѣ, послѣдняя настолько темнѣетъ, что иногда походитъ на лондонскій *портеръ*. Если мы разсмотримъ каплю нашего образчика подъ микроскопомъ, то увидимъ большое количество кровяныхъ шариковъ.

Итакъ, въ основаніи нашей діагностики, мы имѣемъ слѣдующій принципъ: кровь, исходящая изъ отдаленной мочевой области, сообщаетъ мочѣ всегда бурый оттѣнокъ, если примѣсь крови очень обильна, между тѣмъ, какъ ярко окрашенная моча, всегда указываетъ, что источникъ кровотеченія ближе и находится, вѣроятно, въ шейкѣ пузыря или около шейки; кровотеченія этой области встрѣчаются чаще всего.

Въ настоящемъ случаѣ физическое изслѣдованіе и объясненія больнаго о его ощущеніяхъ позволятъ намъ исключить

немедленно извѣстное число предположеній относительно точки исхода кровотеченія.

Нашъ субъектъ 45 лѣтъ отъ роду; когда достаточное количество мочи скопилось въ его пузырѣ, струя ея безукоризнена; но это случается съ нимъ не часто, потому что онъ мочится приблизительно чрезъ два часа днемъ, и немного рѣже ночью; но больной никогда не дѣлаетъ ненормальныхъ усилій для того, чтобы помочиться. Онъ жалуется на боль въ каналѣ во время и послѣ мочеиспусканія, хотя и въ слабой степени. Движеніе порождаютъ боль въ поясницѣ и промежности и значительно увеличиваетъ количество крови въ мочѣ. Добавлю, что худоба больнаго замѣчательно облегчаетъ ручное изслѣдованіе его органовъ. Припадки, чувствуемые имъ, часто мѣняются въ силѣ такъ, иногда больной испытываетъ настоящіе кризисы, продолжающіеся нѣсколько дней, въ теченіе которыхъ всѣ его страданія, особенно боль почекъ съ лѣвой стороны, претерпѣваютъ сильнѣйшее ухудшеніе. Первый приступъ, по словамъ больнаго, былъ семь лѣтъ тому назадъ и сопровождался сильной рвотой; этотъ послѣдній признакъ является еще въ нѣкоторыхъ кризисахъ, иной же разъ больной ощущаетъ только тошноту. Въ мочѣ его никогда не было песку. Пищу онъ перевариваетъ худо и много потерялъ своей прежней бодрости.

Бужъ порядочнаго объема входитъ въ мочевой каналъ безъ затрудненія, слѣдовательно съуженія нѣтъ. Что же касается гипертрофіи предстательной желѣзы, то въ эти годы жизни она никогда не проявляется. Катетеризмъ дѣйствительно указываетъ на необычайную чувствительность въ глубинѣ мочеваго канала, но одновременное изслѣдованіе прямой кишки не открываетъ никакихъ уклоненій. Ощупываніе нижней части живота даетъ лишь отрицательные результаты. Но если положивъ руку подъ послѣднія ложныя ребра, мы другой рукой сильно придавимъ соотвѣтствующую почечную область, больной видимо изнемогаетъ отъ боли: у него тамъ болитъ по временамъ и здѣсь то именно сосредочивается боль, послѣ движенія и тѣлеснаго напряженія. Съ правой стороны ничего подобнаго незамѣтно.

Изслѣдованіе мочи даетъ слѣдующіе результаты: удѣльный вѣсъ 1,018; кислотная реакція; въ спокойномъ состояніи,

небольшой осадокъ буроваго цвѣта. Микроскопъ указываетъ на кровяные шарики, немного гноя и эпителіальныхъ клѣточекъ; отсутствіе кристалловъ и мочевыхъ цилиндровъ. Реактивы указываютъ на небольшое количество бѣлка, присутствіе котораго, впрочемъ, достаточно объясняется органическими веществами, находящимися въ смѣси съ мочей.

Гдѣ же въ этомъ случаѣ мѣсто болѣзни? Можетъ быть вы укажете на мочевой пузырь, потому онъ чувствителенъ къ прикосновенію зонда и сокращается чаще естественнаго.

Помните, господа, что всего этого недостаточно, чтобъ утверждать первичное поврежденіе, мочеваго пузыря. Подобные симптомы, вопреки полнѣйшей цѣлости мочеваго пузыря, постоянно сопровождаютъ всѣ поврежденія, которыя первоначально находятся въ почкахъ, или въ верхней части мочеточниковъ. И такъ какъ болѣзни почекъ встрѣчаются чаще, чѣмъ болѣзни мочеточниковъ, то вся вѣроятность лежитъ на сторонѣ первыхъ. И такъ, ходъ болѣзни, очевидная мѣстная чувствительность, неожиданныеи повторяющіеся кризисы, всеобщее нездоровье, отсутствіе обыкновенныхъ причинъ cystitis, все указываетъ на лѣвую почку, какъ на мѣсто болѣзни.

Съ другой стороны, мы не находимъ въ мочѣ ни бѣлка, ни почечныхъ цилиндровъ (правда что отсутствіе этихъ элементовъ не многое доказываетъ, тогда какъ ихъ присутствіе имѣло бы большое значеніе), что вынуждаетъ насъ признать отсутствіе перерожденія ткани почекъ.

Слѣдовательно, я заключаю, что больной страдаетъ камнемъ въ лѣвой почкѣ, не смотря на то, что въ мочѣ его никогда не было ни песку, ни камней, и что невозможно открыть, хотя бы самаго небольшаго кристаллическаго осадка, такъ какъ эти послѣдніе симптомы не суть необходимые элементы для діагностики. Добавляю, что почечный камень есть причина появленія крови и гноя, заключаемаго въ мочѣ.

Не всегда легко опредѣлить свойство сростка; этотъ случай служитъ вамъ образцомъ. Напротивъ того, если больной выдѣляетъ уже каменистыя вещества, или если моча его выноситъ постоянно кристалическіе осадки, выводъ не затруднителенъ. Скажу однако, что самые сильные доводы склоняются въ пользу мочекислаго камня, потому что сростки подобнаго рода весьма часто встрѣчаются; и дѣйствительно, послѣд-

ніе въ сравненіи съ камнями щавелевокислой извести состоятъ въ пропорціи пятнадцать къ одному.

Леченіе.—Въ продолженіи извѣстнаго времени, употребленіе выше сказаныхъ мочегонныхъ: щелочныя мочегонныя и растительныя мочегонныя въ формѣ настоя.

Уравнять пищеварительныя и кожныя отправленія, потому что болѣзненная, усиленная дѣятельность почекъ вѣроятно компенсируетъ какое либо другое отправленіе, которое не совершается правильно (смотр. Лекція XIII).

Отвлекающія на поясничную область.

Умѣренное употребленіе пищи, содержащей много азота; прибавленіе къ пищѣ значительнаго количества овощей; воздержаніе отъ алькогольныхъ веществъ, а иногда даже совершенное прекращеніе питья напитковъ, получаемыхъ путемъ броженія; какъ исключеніе небольшіе пріемы стараго бордо.

Изъ всѣхъ врачебныхъ средствъ здѣсь самыя умѣстныя можетъ быть минеральныя воды, преимущественно тѣ, которыя своимъ главнымъ свойствомъ обязаны сѣрнокислому натру. Еще мы имѣемъ два очень народныя и общеупотребительныя средства, но къ которымъ, сознаюсь, я имѣю ограниченное довѣріе. Здѣсь въ городѣ, при всякомъ случаѣ совѣтуютъ пить воду Виши, правда совѣтъ даровой, да больше онъ и не стоитъ. Въ деревнѣ, гдѣ большею частію совѣтницами является прекрасный полъ, чаще всего вы увидите смѣсь джина и воды.

Первое изъ этихъ средствъ, какъ вы знаете, ничто иное какъ естественный растворъ углекислаго натра; не скажу, что онъ вреденъ, но считаю его гораздо ниже кали. Что же касается другой панацеи, то она для почекъ имѣетъ тоже значеніе, что шпора для усталой лошади: животное сдѣлаетъ еще крайнее усиліе, но затѣмъ не сможетъ далѣе продолжать свой путь (смотр. Лекцію XIII).

Во время столь болѣзненныхъ припадковъ, сопровождающихъ *выходъ почечнаго камня* теплыя сидячія ванны употребляемыя часто и долго, приносятъ величайшую пользу. Совѣтуйте ихъ употребленіе на столько горячими, на сколько больной можетъ ихъ вынести. Въ промежуткѣ, или вмѣсто ваннъ, мы можемъ употребить припарку очень горячую изъ льнянаго сѣмяни, прибавивъ побольше горчицы; это средство въ тоже время и хорошее отвлекающее. Добавьте къ этому

опіумъ, обильное питье, каковы отвары: овсяный, перловый, льняной, liq. potassae и проч.

Позвольте мнѣ теперь въ видѣ отступленія указать вамъ на новый способъ, для точнаго опредѣленія свойствъ мочи,— способъ, который, по моему мнѣнію, въ затруднительныхъ случаяхъ, чрезвычайно полезенъ; я не думаю, чтобы клиническій пріемъ, который я хочу вамъ сообщить, былъ употребленъ до меня; я во всякомъ случаѣ ни отъ кого о немъ не слышалъ.

Вы знаете, какъ важно, для полученія настоящаго образчика мочи, чтобы она не была смѣшана съ разными отдѣленіями, происходящими изъ мочеваго канала. Нашъ способъ выпущенія мочи въ два стакана позволяетъ намъ достигать этого результата. Также иногда совершенно необходимо, чтобы никакой продуктъ изъ мочеваго пузыря не примѣшивался къ нашему образчику. Напримѣръ, я утверждаю, что въ извѣстныхъ случаяхъ вамъ не удастся придти къ положительной діагностикѣ, т. е. къ полному и безусловному доказательству,— а на сколько возможно, вы не должны удовольствоваться меньшимъ—если вы не употребите метода, о которомъ я вамъ скажу. И такъ, если я хочу получить образчикъ, въ строгомъ смыслѣ чистый, почечнаго отдѣленія, вотъ какъ я дѣйствую.

Больной долженъ стоять и я ввожу въ его мочевой пузырь эластическій, весьма гибкій катетеръ средняго размѣра. Я окончательно освобождаю мочевой пузырь, вымываю его тщательно теплою водою помощью маленькихъ, послѣдовательныхъ спринцованій, и только послѣ этой промывки, скорѣе успокоивающей, чѣмъ раздражающей, я собираю въ сосудъ мочу стекающую по каплямъ и долженствующую служить для изслѣдованія. Мочевой пузырь нѣкоторое короткое время не дѣйствуетъ болѣе какъ резервуаръ; онъ не растягивается, но сжимается на катетерѣ, и моча стекаетъ, по мѣрѣ того какъ отдѣляется изъ мочеточниковъ. Вы нѣкоторымъ образомъ продолжили ихъ до вашего стакана и получаете жидкость безъ всякой примѣси изъ пузыря: гноя, крови, эпителіальныхъ остатковъ, и проч.

Вы видите, отъ сколькихъ ошибокъ вы избавлены, если въ подобномъ продуктѣ вы хотите разпознать бѣлокъ, или химическую реакцію. Лично я обязанъ былъ этому способу возможностью, при случаѣ, поставить точную діагностику, ко-

торая иначе была бы немыслима *). Никогда не останавливайтесь на словахъ, или неточныхъ предположеніяхъ. Въ сущности вамъ легко будетъ, въ темныхъ случаяхъ, составить временное сужденіе—это наша мыслительная способность дѣлаетъ всегда, даже безсознательно,—но берегитесь выводить заключенія, берегитесь въ особенности дѣйствовать, не будучи руководимые фактами.

Я приберегъ къ концу тотъ совѣтъ, который считаю важнѣйшимъ. Вы помните, при началѣ этого курса, я вамъ говорилъ со всей энергіей глубокаго убѣжденія, что предметомъ нашихъ постоянныхъ усилій, должна быть правильная діагностика, и если возможно быстрая. Я заключу выражая здѣсь тоже убѣжденіе; не отъ того, чтобы я недостаточно оцѣнивалъ великую цѣль нашего искусства, леченіе, напротивъ болѣе всего я желаю, чтобы вы и я, мы были въ состояніи оказывать дѣйствительную помощь тѣмъ изъ нашихъ ближнихъ, которые довѣряютъ намъ уходъ за ихъ болѣзнями. И потому прошу васъ, не избѣгайте никакого труда, для достиженія полнѣйшей діагностики и знанія болѣзни, потому что это единственное средство установить раціональную и дѣйствительную терапію.

Оканчивая наши занятія, смѣю васъ поблагодарить за все вниманіе, съ которымъ вы слѣдили за этими лекціями. Будьте увѣрены, господа, что подобныя доказательства симпатіи, дали мнѣ, въ нашихъ собраніяхъ, одно изъ пріятнѣйшихъ отдохновеній, которыя я когда-либо имѣлъ, среди безпокойствъ, трудовъ и усталостей моей профессіи.

---

*) Иногда, хотя очень рѣдко, одно соприкосновеніе зонда къ пораженной слизистой оболочкѣ мочеваго пузыря достаточно, чтобы вызвать легкое кровавое истеченіе. Въ этихъ условіяхъ причина легкой геморрагіи передъ глазами практика и не можетъ ввести его въ ошибку. Однако надо знать, что очень малое количество крови въ мочѣ даетъ на реактивы обильный осадокъ бѣлковины. Впрочемъ, заслуга выше упомянутаго способа не состоитъ въ доказательствѣ присутствія бѣлка въ затруднительныхъ случаяхъ, но доказать напротивъ, что бѣлокъ можетъ въ изобиліи находиться въ мочѣ, которая выпускается мочеиспусканіемъ, и совершенно отсутствовать, если жидкость черпается прямо изъ почекъ. Это различіе весьма важно. (Томсонъ).

ЛЕКЦІЯ XVIII.

О хирургическихъ средствахъ для облегченія больныхъ, одержимыхъ значительнымъ пораженіемъ предстательной желѣзы *).

Мм. Гг. Я хочу обратить ваше вниманіе на одно изъ самыхъ тягостныхъ и болѣзненныхъ состояній, противъ котораго средства искусства весьма часто бываютъ недостаточными. Я хочу говорить о послѣднемъ періодѣ полной и постоянной непроходимости шейки мочеваго пузыря или частей, вблизи ея находящихся.

Подъ именемъ непроходимости я разумѣю невозможность испускать мочу подъ вліяніемъ естественныхъ усилій, и если я добавляю, что эта непроходимость находится вблизи шейки, то я, разумѣется, исключаю тѣ съуженія, которыя обусловливаютъ лишь частное и временное препятствіе для прохода мочи. Когда непроходимость бываетъ полною, и при томъ постоянною, тогда обыкновенно она зависитъ отъ болѣзни предстательной желѣзы.

Мы уже разсмотрѣли вообще болѣзни простоты, и въ частности столь часто бывающую «гипертрофію». Въ настоящее время я упомяну только, что весьма много лицъ, начиная съ 56 и 60 годовъ жизни, не бываютъ въ состояніи вполнѣ опоражнивать свой мочевой пузырь отъ содержимаго. Мочеиспусканія дѣлаются тогда болѣе частыми и совершаются съ нѣкоторымъ усиліемъ; струя становится менѣе сильною; вслѣдствіе случайной простуды, вслѣдствіе нѣсколько продолжительнаго растяженія мочеваго пузыря, или отъ другой какой либо причины дѣлается полное задержаніе. У такихъ субъектовъ

*) Мед. Вѣстникъ 1875 г. №№ 6 и 7.—Эта лекція прочитана Томсономъ въ концѣ прошедшаго года и напенатана въ газетахъ The Lancet и въ Gazette medicale.

мочевой пузырь вообще никогда вполнѣ не опоражнивается, даже при мочеиспусканіяхъ, совершаемыхъ при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ. И дѣйствительно, если вы введете катетеръ тотчасъ послѣ того, какъ больной помочился съ усиліемъ, чтобы опорожнить мочевой пузырь до дна, то вы увидите, что чрезъ инструментъ выходятъ остатки мочи, количество которыхъ можетъ простираться отъ 3 до 20 унцій. А потому больнаго приходится научить вводить самому себѣ катетеръ, чтобы онъ могъ повторять эту операцію два, три раза въ день, а при нуждѣ и болѣе. У пожилыхъ лицъ довольно часто бываетъ нужно опорожнять мочевой пузырь шесть, семь и даже восемь разъ въ день.

Бываютъ однако случаи, къ счастью довольно рѣдкіе, гдѣ пораженіе постепенно достигаетъ болѣе тяжелой степени; оно осложняется значительнымъ уменьшеніемъ емкости мочеваго резервуара и тогда можетъ потребоваться вводить катетеръ отъ шестнадцати до двадцати четырехъ разъ и болѣе въ теченіи двадцати четырехъ часовъ. Условія, очевидно, весьма плачевныя для больнаго, тѣмъ болѣе, что они лишаютъ его покоя, изнуряютъ его и часто порождаютъ затрудненія для прохожденія зонда вслѣдствіе раздраженія, вызваннаго частымъ катетеризмомъ. Прибавимъ къ тому-же, что въ этомъ періодѣ предстательная желѣза достигаетъ такой величины, что она дѣлаетъ каналъ трудно проходимымъ не только для больного, но и для хирурга; между тѣмъ при такихъ обстоятельствахъ всякій ложный путь почти непремѣнно влечетъ за собою гибельныя послѣдствія. Больной какъ будто и живетъ для того только, чтобы зондировать себя. Едва успѣютъ пройдти какіе-нибудь полчаса, въ теченіи которыхъ онъ чувствовалъ облегченіе, какъ появляются предвѣстники новаго позыва; и всякій разъ лишь цѣною страданій, продолжающихся по меньшей мѣрѣ нѣсколько минутъ, ему удается получить возможно длинный промежутокъ между мочеиспусканіями.

Съ этого момента нѣтъ уже болѣе покойнаго и освѣжающаго сна; запасъ силъ приходитъ къ концу, и состояніе общаго здоровья быстро падаетъ; ибо эта постоянная потребность, готовая появиться каждую минуту и не дающая покою, составляетъ для жизненнаго противодѣйствія больнаго самую тяжелую пытку. Эта непрерывная борьба страдающаго дизу-

ріею, думалъ я неоднократно, не безъ аналогіи съ тѣмъ извѣстнымъ атлетическимъ подвигомъ, сдѣланнымъ въ первый разъ славнымъ капитаномъ Barclay и потомъ повтореннымъ другими: пройдти пѣшкомъ 1000 миль въ тысячу часовъ. Какая задача м. г.! но между тѣмъ тотъ, кто рѣшается предпринять ея, находится передъ этимъ подвигомъ въ превосходномъ состояніи здоровья и увлеченья; онъ знаетъ, что есть предѣлъ его испытанія и есть награда, ожидающая его; тогда какъ нашъ больной, ослабленный лѣтами и страданіями, не видитъ никакой надежды въ борьбѣ, которую онъ ведетъ. Всѣ шансы, въ полномъ смыслѣ, противъ него, и онъ роковымъ образомъ осужденъ, среди невыразимыхъ страданій, на проигрышъ партіи даже въ сколько-нибудь замѣтномъ облегченіи своего состоянія.

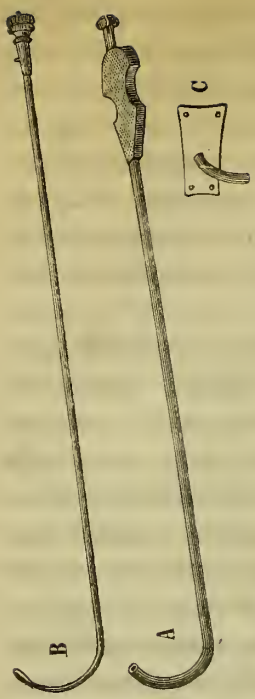
Наступленіе этого крайняго періода есть почти вѣрный предвѣстникъ смерти больнаго. Я наблюдалъ довольно много такого рода больныхъ, и естественно задавалъ себѣ вопросъ: нельзя-ли оказать имъ какого нибудь существеннаго пособія посредствомъ хирургической операціи. Вы, думаю, согласитесь со мною, что хотя-бы задача эта и представляла трудности, хотя бы предвидѣлся даже и рискъ, тѣмъ не менѣе трудность положенія требуетъ отъ насъ попытокъ для ея разрѣшенія, если только мы имѣемъ сколько нибудь основательныя данныя достигнуть этого съ успѣхомъ. Наша цѣль должна состоять въ томъ, чтобы доставить *постоянное облегченіе*. Для нѣкоторыхъ больныхъ временное улучшеніе можетъ быть достигнуто употребленіемъ постояннаго зонда (sonde à demeure); но эластическій зондъ есть и останется лишь способомъ, могущимъ по большей мѣрѣ отсрочить только неизбѣжный исходъ, а иногда даже усилить болѣзнь и ускорить развязку. Я подразумѣваю, что врачебныя средства, считая въ томъ числѣ и опій во всѣхъ его формахъ, перестали уже удовлетворять требованіямъ даннаго случая; стѣнки мочеваго пузыря до такой степени утолстились, и емкость его въ такой мѣрѣ уменьшилась, что ежечасное зондированіе сдѣлалось матеріальною необходимостью.

Способъ, предлагаемый мною при этихъ обстоятельствалъ подобенъ тому, который мы употребляемъ на trachea, когда угрожаетъ смерть вслѣдствіе затрудненнаго прохода для воз-

духа: я хочу сказать о введеніи трубки выше препятствія. Эта трубка должна оставаться постоянно, для того, чтобы она могла служить мочевымъ каналомъ, точно такъ, какъ трахеотомическая трубка была для весьма многихъ больныхъ единственнымъ путемъ, которымъ въ теченіи годовъ воздухъ проходилъ въ ихъ легкія. Другими словами, я предлагаю дѣлать проколъ выше лобка или лучше—кзади отъ него. Операція эта въ томъ видѣ, какъ я ее дѣлаю, отличается отъ обыкновеннаго прокола и болѣе приближается къ надлобковой операціи камнесѣченія.

Не надобно упускать изъ виду, что при тѣхъ обстоятельствахъ, о которыхъ идетъ рѣчь, мочевой пузырь, далеко не будучи растянутымъ, почти всегда пустъ—условіе, довольно отличное отъ того, въ которомъ находится этотъ резервуаръ при обыкновенномъ проколѣ. Болѣе того—анатомическія отношенія органа стали другими, глубоко измѣнилась и самая форма его простатическими массами, которыя вдаются въ его полость и иногда почти выполняютъ собою тазъ. Я вовсе не думаю, чтобы никогда не предлагали и не производили прокола съ тою цѣлью, какую мы имѣли въ виду—именно, отвратить не минуемую смерть, давъ мочѣ *постоянный* выходъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, вслѣдствіе болѣзни мочеваго пузыря или предстательной желѣзы, urethra сдѣлалась непроходимою, Я далекъ и отъ того, чтобы обойдти молчаніемъ нѣкоторые случаи задержаній мочи отъ стриктуръ, которые лѣчимы были моимъ другомъ Paget (изъ Leicester) проколомъ надъ лобкомъ, и гдѣ трубка цѣлые годы была единственнымъ выходомъ для мочи. Но эти операціи произведены были не съ цѣлью создать для мочи постоянный выходъ; къ тому же онѣ не примѣнимы къ задержаніямъ вслѣдствіе причинъ, исходящихъ отъ простаты. Но во всякомъ случаѣ я могу засвидѣтельствовать о тѣхъ благодѣяніяхъ, которыя онѣ приносили больнымъ, и онѣ-то подали мнѣ мысль о способѣ, который я желалъ-бы теперь ввести.

Операція, произведенная мною уже три раза, состоитъ въ проведеніи большаго зонда, имѣющаго сильную кривизну и снабженнаго стилетомъ съ оливообразнымъ концомъ. Зондъ этотъ, если онъ прошелъ чрезъ уретру, подвигается далѣе до тѣхъ поръ, пока наконецъ его можно будетъ прощупать позади symphisis pubis; тогда онъ препоручается помощнику, ко-



A. Полый зондъ.
B, Стилетъ.
C. Эластическая трубочка, проходящая чрезъ пластинку.

торый долженъ удерживать его на мѣстѣ. Хирургъ-же дѣлаетъ въ то время по срединной линіи живота, непосредственно надъ соединеніемъ лобковыхъ костей, разрѣзъ, не превышающій трехъ четвертей дюйма, и который не долженъ достигать и этого размѣра, если только субъектъ худъ. Нужно только, чтобы въ ранѣ могъ помѣститься конецъ указательнаго пальца; большіе размѣры могутъ впослѣдствіи порождать затрудненія. Операторъ, раздвигая ткани пальцемъ, достигаетъ бѣлой линіи, которую онъ надрѣзываетъ слегка кончикомъ бистури; затѣмъ онъ продвигаетъ указательный палецъ за symphisis, и найдя здѣсь конецъ зонда, разрѣзываетъ надъ нимъ, но на самомъ маломъ протяженіи, всю толщу тканей, отдѣляющую его отъ пальца. Взявъ потомъ лѣвою рукою рукоятку инструмента, онъ дѣлаетъ имъ рычагообразное движеніе такимъ образомъ, чтобы конецъ его, находящійся въ пузырѣ, выступилъ изъ раны; вытягиваетъ потомъ оливкообразный стилетъ и вводитъ эластическую трубочку во всю ея длину въ полость зонда. Наконецъ выводитъ этотъ послѣдній изъ уретры, вслѣдствіе чего трубочка входитъ въ мочевой пузырь; теперь остается только укрѣпить ее.

Въ началѣ, когда я только что придумалъ этотъ способъ, я употреблялъ другой стилетъ, съ концемъ какъ въ труакарѣ, и которымъ я замѣнялъ первый, какъ только зондъ былъ введенъ. Я прокалывалъ такимъ образомъ мочевой пузырь сзади напередъ и оканчивалъ затѣмъ операцію такъ, какъ сказалъ выше. Но опыты на трупѣ показали мнѣ, что такой способъ оперированія, безопасный и легко выполнимый, если пузырь растянутъ, ранитъ обыкновенно брюшину при пустомъ пузырѣ. Поэтому, не смотря на его плѣняющую простоту, онъ былъ мною оставленъ.

Можетъ случиться, что моча не выходитъ чрезъ трубочку

тотчасъ-же; это происходитъ отъ того, что зондъ, при выведеніи его, увлекъ его за собою не только въ мочевой пузырь, но даже—при пустомъ и сморщенномъ пузырѣ—въ простатитическую часть уретры. Въ такомъ случаѣ достаточно немного выдвинуть трубочку наружу и моча покажется. Опытъ показываетъ, что трубочку надо обыкновенно нѣсколько укорачивать, особенно впослѣдствіи.

Въ заключеніе остается укрѣпить эластическую трубочку посредствомъ тесьмы и полоски липкаго пластыря и держать больнаго въ постелѣ до тѣхъ поръ, пока цикатризація на столько подвинется впередъ, что онъ можетъ безопасно двигаться. Если трубочка выскочитъ изъ раны въ первые два или три дня, то обратное введеніе ея можетъ представить затрудненія; но когда каналъ покрылся рубцомъ, тогда легко вынимать инструментъ и опять его вкладывать. Важный пунктъ—дѣлать возможно маленькій разрѣзъ, для того чтобы онъ могъ быть совершенно выполненъ трубочкою. Широкая рана всегда болѣе болѣзненна и постоянно омывается мочей.

Я теперь изложу вкратцѣ тѣ три случая, гдѣ я произвелъ эту операцію, и познакомлю васъ съ результатами ея.

Наблюденіе I.—Мужчина 63 лѣтъ поступилъ въ мое отдѣленіе въ январѣ 1869 года. Въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ онъ не иначе могъ мочиться, какъ чрезъ катетеръ, и уже давно принужденъ денно и нощно, каждые 2 часа съ половиною, а иногда и чаще, зондировать себя. Изслѣдованіе показало, что prostata была очень большая, стѣнки мочеваго пузыря были утолщены, а моча содержала въ себѣ воспалительные продукты. Три мѣсяца лѣчился больной, но состояніе его замѣтно не улучшалось. Было очевидно, что разстройство въ отправленіи обусловливалось не временнымъ какимъ-либо раздраженіемъ, но органическими измѣненіями, которыя въ значительной степени уменьшили емкость мочеваго резервуара. Нѣтъ надобности останавливаться на высокой важности этого разграниченія; оно понятно само собою. Въ присутствіи слушателей я обстоятельно объяснилъ больному сущность его болѣзни и той операціи, которую намѣревался сдѣлать ему. Онъ трогательно принялъ мое предложеніе и просилъ сдѣлать для облегченія его все, что я могу. 12-го мая произведена была мною безъ труда операція по тому способу, который былъ только что описанъ,

и больной тотчасъ-же получилъ облегченіе. Къ несчастію на третью или четвертую ночь трубочка выпала и интернъ не могъ ее ввести опять; моча текла прямо чрезъ рану. На слѣдующій день во время визитаціи я ясно увидѣлъ, что въ стѣнкахъ новаго прохода не образовалось еще срощеній, которыя въ состояніи были-бы защитить сосѣднія области: моча образовала затекъ въ мошонку. Я сдѣлалъ широкіе разрѣзы и вставилъ зондъ à demeure. Приключеніе это было тяжелымъ обстоятельствомъ для оперированнаго, но онъ вышелъ изъ него побѣдителемъ; шесть послѣдующихъ недѣль употреблены были на леченіе этого неблагопріятнаго событія и его послѣдствій. Трубочка между тѣмъ скоро и безъ труда введена была на свое мѣсто и укрѣплена тесемкою и ленточками липкаго пластыря. Спустя затѣмъ одну или двѣ недѣли, каналъ цикатризовался и съ того времеми она вынималась ежедневно, очищалась и весьма легко опять вставлялась. Въ теченіи лѣта больной все еще былъ слабъ, но уже не требовалось болѣе введенія катетера, ибо моча свободно выходила чрезъ трубочку. Она всякій разъ вслѣдствіе недостаточнаго надзора, покрывалась фосфорнокислою известью, сильно надоѣдавшею намъ. Въ іюлѣ я потерялъ больнаго изъ виду; силы его прогрессивно падали и онъ умеръ въ сентябрѣ.

Наблюденіе II.—Второй случай былъ старый собратъ, которому я удачно дѣлалъ литотрипсію въ 1867 году и въ 1869. Ему было 75 лѣтъ. Послѣ много лѣтъ продолжавшихся разстройствъ въ мочевыхъ органахъ, онъ достигъ наконецъ послѣдняго, кахектическаго періода, вслѣдствіе частаго и болѣзненнаго катетеризма. Я былъ призванъ къ нему въ январѣ 1870 года. Urethra его сдѣлалась столь чувствительною, что больной приходилъ въ ужасъ отъ катетера, который между тѣмъ нужно было вводить по двѣнадцати разъ въ теченіи двадцати четырехъ часовъ. Больной видимо приближался къ концу, и я согласился дѣлать ему операцію лишь съ единственной цѣлью облегчить послѣдніе дни его жизни. — 27-го сентября Clover нахлороформировалъ его, и я произвелъ операцію. Все шло хорошо: зондировать уже не было болѣе надобности, и больной относительно не страдалъ до самой смерти, послѣдовавшей три недѣли спустя.

Наблюденіе III.—Е. Р., 50 лѣтъ, принятъ въ госпиталь 22

апрѣля 1874 г. Четыре года онъ страдалъ мочевыми разстройствами, а два года уже, какъ онъ мочится лишь при помощи катетера. Страданія его въ послѣднее время сдѣлались очень сильными. Онъ осужденъ былъ вводить себѣ катетеръ каждые 1/2 часа и даже оставлять его тамъ ночью на нѣкоторое время. Prostata была велика, плотна и усѣяна узловатостями—симптомы самые зловѣщіе, если они показываются раньше того возраста, когда развивается гипертрофія простаты. Я оперировалъ его 2-го мая, имѣя при этомъ въ виду уменьшить только его страданія и доставить ему покой. Онъ получилъ облегченіе со втораго дня послѣ операціи и могъ засыпать на нѣкоторое время, чего лишенъ былъ въ теченіи многихъ мѣсяцевъ. Не смотря однако на это, на девятый или десятый день онъ сталъ слабѣть и умеръ 21-го того же мѣсяца. При вскрытіи мы нашли скирръ предстательной желѣзы, который распространился на прилежащія части мочеваго пузыря. Это былъ единственный случай скирра, видѣнный мною. Единственно извѣстный мнѣ и достовѣрный случай обнародованъ еще John Adam'омъ. Слово скирръ часто употреблялось невѣрно: имъ обозначали иногда простыя гипертрофіи желѣзы. Подвздошныя желѣзы и желѣзы, расположенныя при основаніи легкихъ, представляли подобное-же измѣненіе, какъ и предстательная желѣза.

Я вамъ изложилъ факты, относящіеся до этихъ трехъ случаевъ; пояснять ихъ нѣтъ надобности. Во второмъ и третьемъ наблюденіяхъ операція предпринята была, какъ послѣднее средство, для облегченія только страданій больныхъ, надъ которыми произнесенъ уже былъ безъапелляціонный приговоръ. Въ первомъ-же случаѣ она произведена мною не въ столь безнадежномъ періодѣ, съ цѣлью облегчить больнаго и, можетъ быть, продлить его существованіе на одинъ или два года. Но прискорбное обстоятельство, затекъ мочи, былъ для больнаго испытаніемъ, изъ котораго онъ вышелъ значительно ослабленнымъ. Не забудемъ къ тому-же, что это была наша первая операція; изъ нея мы вынесли много поучительнаго. Впослѣдствіи я дѣлалъ гораздо меньшіе разрѣзы; я удвоилъ заботы, чтобы удержать трубочку на мѣстѣ, и при подобномъ обстоятельствѣ въ будущемъ я не буду колебаться вынимать трубочку ежедневно для того, чтобы вымывать ее хорошенько. Сама по себѣ операція, если она должнымъ образомъ сдѣлана, сопря-

жена съ незначительными требованіями со стороны силъ больнаго. Я не поколеблюсь прибѣгнуть къ ней снова и, наученный опытомъ, вѣрю въ ея пользу въ подходящихъ случаяхъ.

Изслѣдованіе мочи для клиническихъ цѣлей, и въ особенности по отношенію къ затруднительному мочеиспусканію.

Нормальная моча.

Сначала должны быть приведены общія главныя черты нормальной мочи, чтобы, опираясь на нихъ, можно было опредѣлить уклоненія, представляющіяся въ томъ или другомъ образчикѣ изслѣдуемой мочи.

Нормальная моча, недавно выпущенная, прозрачна, имѣетъ цвѣтъ амбры, который можетъ быть слабымъ, блѣднымъ, или же живымъ, насыщеннымъ, съ оранжево-краснымъ оттѣнкомъ, смотря по степени разведенія красящаго вещества. Свѣжая, еще теплая моча имѣетъ характеристическій запахъ. Когда она постоитъ нѣсколько часовъ, то въ ней становится замѣтнымъ легкое облако, занимающее нижнюю четверть или треть сосуда. *Удѣльный вѣсъ* мочи, при 15° С, колеблется приблизительно между 1,010 и 1,030; средняя плотность равняется 1,015—1,020.

Реакція слабо кислая и остается таковою, пока не началось разложеніе органическихъ веществъ, содержащихся въ жидкости. Если мочу нагрѣть до кипѣнія, то она удерживаетъ свою прозрачность. Минеральныя кислоты не даютъ никакого осадка.

Количество выводимой мочи неодинаково у разныхъ субъектовъ, и у одного и того же субъекта въ разное время подъ вліяніемъ времени года, рода пищи, движенія и т. п. Отъ 28 до 35 унцій лѣтомъ въ сутки, и отъ 30 до 40 унцій зимою могутъ считатьсясредними количествами. Вѣсъ плотныхъ веществъ, содержащихся въ мочѣ въ томъ и другомъ случаѣ, равняется отъ 700 до 900 *грановъ*.

Правила для изслѣдованія мочи съ хирургическою цѣлью.

1. Изслѣдуемая моча должна быть въ количествѣ не меньше 2 или 3 унцій, и по большей части это должна быть часть мочи выпущенной утромъ, вставая съ постели (urina sangui-

nis). Можетъ быть также сохранена порція мочи выпущенной вечеромъ (urina chyli).

2. Предполагая, что моча налита въ стеклянную бутылку, хорошо поставить послѣднюю дномъ кверху, пробкою внизъ, по крайней мѣрѣ на часъ или на два, для того, чтобы вещества находящіяся въ мочѣ in suspensione, осѣли и пристали къ пробкѣ; еще лучше налить мочу въ узкій коническій сосудъ; тогда осадокъ легко можетъ быть собранъ стеклянной пипеткой. Но прежде чѣмъ жидкость сдѣлается мутною, надо замѣтить простымъ глазомъ слѣдующія особенности:

Цвѣтъ жидкости.

Степень прозрачности.

Свойство осадка, легокъ ли онъ, клочковатъ и въ маломъ количествѣ; или клеекъ, тягучъ или плотенъ, обиленъ, теменъ свѣтелъ, или нѣтъ.

Составъ осадка часто можетъ быть угаданъ на основаніи этого простаго осмотра, какъ мы увидимъ это дальше.

3. Затѣмъ, надо осторожно вынуть пробку, къ нижной поверхности которой пристали часть жидкости и осадка, въ количествѣ достаточномъ для микроскопическаго изслѣдованія. Перенесите ихъ на объектное стекло, касаясь его влажною поверхностью пробки; тотчасъ же покройте тоненькимъ стеклышкомъ, и изслѣдуйте съ хорошимъ объективомъ полу—или 1/4 дюйма. Вообще я предпочитаю послѣдній и прилагаемые рисунки сдѣланы съ нимъ.

4. Послѣ того можно приступить къ изслѣдованію мочи, такимъ образомъ:

Перелейте ее въ обыкновенную банку, замѣчая при этомъ ея запахъ, который можетъ быть свѣжимъ, нормальнымъ, или амміачнымъ, отзывающемся рыбою, гнилымъ. Опредѣлите реакцію мочи лакмусовою бумагой, которая покраснѣетъ, если моча кисла; интензивность этого краснаго цвѣта пропорціональна количеству имѣющейся свободной кислоты. Если красная лакмусовая бумага возвращается къ своему натуральному цвѣту, то моча щелочна. Но моча, которая, когда была выпущена, имѣла кислую реакцію, можетъ простоявъ нѣкоторое время сдѣлаться щелочною, вслѣдствіе разложенія мочевины, и образованія углекислаго амміака. Если въ мочѣ есть слизь, то такое разложеніе наступаетъ гораздо быстрѣе. Но иногда,

моча, стоя, дѣлается болѣе кислою. Моча, вскорѣ послѣ завтрака, въ Англіи, часто бываетъ нейтральною, или слабо щелочною.

Затѣмъ опредѣлите удѣльный вѣсъ мочи, причемъ надо брать въ разсчетъ вліяніе температуры, если требуются очень точныя наблюденія. Та же самая моча даетъ разницу 6 на 1000, при температурахъ 4 и 21 С., которыя можно принять какъ среднія для зимы и лѣта. Температура 15 о С. всегда подразумѣвается при всѣхъ изслѣдованіяхъ мочи. — Удѣльный вѣсъ нормальной мочи обыкновенно равняется 1,010—1,030. Если онъ ниже 1,010, то это значитъ, что количество воды въ мочѣ очень велико, по отношенію къ плотнымъ составнымъ частямъ, обстоятельство, часто встрѣчающееся и при здоровомъ состояніи. Послѣ того моча должна быть изслѣдована на бѣлокъ. Присутствіе его можетъ быть узнано прибавленіемъ азотной кислоты, или нагрѣваніемъ мочи, не меньше какъ до 70—78 о С. Въ обоихъ случаяхъ бѣлокъ осаждается въ нерастворимой формѣ. Лучше всего эти пробы дѣлаются такъ: небольшое количество мочи нагрѣвается въ пробирной трубочкѣ надъ лампою до кипѣнія; если получается клочковатый, бѣлый осадокъ, то это можетъ быть или свернувшійся бѣлокъ, или избытокъ фосфорнокислыхъ солей. Чтобы различить ихъ, надо прибавить немного азотной кислоты: она тотчасъ же растворяетъ фосфаты, но не оказываетъ такого вліянія *на бѣлокъ*; надо помнить, что если бѣлокъ имѣется въ очень маломъ количествѣ, то избытокъ азотной кислоты растворитъ образовавшійся осадокъ бѣлка. Если же моча щелочна, то бѣлокъ не осаждается нагрѣваніемъ; въ такомъ случаѣ надо прибавить каплю азотной кислоты, *какъ разъ столько, чтобы слабо подкислить жидкость*. Въ наставленіяхъ, которыя даются для изслѣдованія мочи на бѣлокъ, недостаточно указывается на то обстоятельство, что присутствіе свободной азотной кислоты, въ пропорціи 1 или 2 процент., въ мочѣ содержащей бѣлокъ, препятствуетъ свертыванію этого послѣдняго при нагрѣваніи. Поэтому надо крайне точно соблюдать изложенныя сейчасъ правила. Во всякомъ случаѣ, если подозрѣвается присутствіе бѣлка, то надо примѣнять обѣ пробы, нагрѣваніе и азотную кислоту; каждая изъ нихъ, взятая въ отдѣльности недостаточна для несомнѣннаго доказательства при-

сутствія бѣлка. Количество бѣлка можетъ быть приблизительно опредѣлено, замѣчая пропорцію свернутаго осадка къ свободной жидкости поверхъ него, когда эпруветка спокойно постоитъ нѣкоторое время; это время должно брать по возможности одно и то же, напр. 15 минутъ, для болѣе точнаго сравненія. Если удѣльный вѣсъ высокъ, 1,030 или больше, то можно предполагать присутствіе сахара, или избытка мочевины. *Или же моча* можетъ быть просто *очень* концентрированною; пропорція жидкихъ веществъ въ ней очень мала, сравнительно съ плотными составными частями. Діабетическая моча вообще имѣетъ уд. вѣсъ отъ *1,030* до *1,045* или *1,050*. Проба Моора на *сахаръ* очень простая и вѣрная. Вскипятите мочу въ эпруветкѣ, въ продолженіи 2 минутъ, съ половиннымъ приблизительно, противъ ея вѣса, количествомъ раствора кали, очень чистаго; если есть сахаръ, то жидкость получаетъ бурый цвѣтъ, болѣе или менѣе выраженный. Реактивъ Троммера и проба броженіемъ, могутъ быть также употреблены для подтвержденія присутствія сахара. Троммеровская проба состоитъ въ прибавленіи небольшаго количества раствора сѣрнокислой мѣди къ мочѣ, налитой въ эпруветку. Должно быть прибавлено достаточное количество раствора кали, чтобы произвести осадокъ окиси мѣди, и растворить его. Нагрѣйте жидкость до кипѣнія; тогда если есть виноградный сахаръ, получается красный осадокъ закиси мѣди. Здѣсь нѣтъ надобности подробно останавливаться на пробѣ броженіемъ, такъ какъ настоящее изложеніе изслѣдованія мочи имѣетъ въ виду главнымъ образомъ только тѣ измѣненія этого выдѣленія, которыя связаны съ препятствіями для мочеиспусканія со стороны мочеваго канала и послѣдствіями ихъ. Присутствіе *мочевины* опредѣляется такъ. Къ небольшему количеству мочи въ эпруветкѣ прибавьте половинное количество азотной кислоты. Поставьте трубочку въ холодную воду; въ жидкости скоро покажутся призматическіе кристаллы азотнокислой мочевины, если мочевина имѣется въ избыткѣ. Азотная кислота не производитъ такого результата въ мочѣ нормальнаго состава.

Если моча сильно окрашена, то это можетъ зависѣть отъ примѣси крови, желчи, или избытка пурпурина.

Если имѣется *примѣсь крови*, то окраска мочи, которая

можетъ измѣняться отъ цвѣта портера до самаго слабаго красноватаго цвѣта, исчезаетъ при простомъ кипяченіи мочи въ эпруветкѣ; жидкость въ тоже время становится мутною, и получается темный осадокъ свертковъ, по количеству пропорціональный количеству *имѣющихся* бѣлковыхъ веществъ. Кровяные шарики также всегда могутъ быть видимы подъ микроскопомъ.

Если окраска мочи не зависитъ отъ крови, то смочите поверхность бѣлаго блюда нѣкоторымъ количествомъ изслѣдуемой мочи; и затѣмъ пустите нѣсколько капель азотной кислоты. Если имѣется *красящее вещество желчи*, то тотчасъ же получается красивая игра цвѣтовъ вокругъ кислоты; это явленіе непродолжительно. Но если желчь существуетъ въ небольшемъ количествѣ, то цвѣта не получаются отчетливо; для этого нужно сгустить мочу выпариваніемъ. Моча, окрашенная *пурпуриномъ*, не даетъ осадка, и не измѣняется въ цвѣтѣ, нагрѣтая до кипѣнія.

5. *Изслѣдованіе осадка простымъ глазомъ.* Если имѣется плотный осадокъ, бѣлый, желтоватый, или розовый, исчезающій при нагрѣваніи, то это почти навѣрно мочекислый натръ.

Иногда этотъ осадокъ имѣетъ темный, красный или бурый цвѣтъ. Реакція мочи въ такихъ случаяхъ почти всегда кислая, Осадокъ мочекислаго натра вполнѣ исчезаетъ при нагрѣваніи мочи, содержащей его.

Если густой бѣлый осадокъ не исчезаетъ при нагрѣваніи, то онъ почти навѣрно состоитъ изъ фосфорнокислой амміака, магнезіи, и растворяется азотной кислотой, тогда какъ прибавленіе амміака или кали не измѣняетъ его. Моча при этомъ нейтральная или щелочная. Оранжевый или красный осадокъ, замѣтно зернистый, песчаный, кристаллическій, наблюдается когда моча содержитъ мочевую кислоту. Если осадокъ легокъ клочковатъ, не измѣняется азотной кислотой, то онъ состоитъ главнымъ образомъ изъ слизи и эпителія.

Если существуетъ на днѣ сосуда блѣдный, непрозрачный, однородный слой, легко смѣшивающійся съ мочею, и она кисла или нейтральна, то это почти навѣрно гной. Бѣлокъ можетъ быть открытъ въ такомъ осадкѣ нагрѣваніемъ и прибавленіемъ азотной кислоты; онъ также открывается въ небольшомъ количествѣ въ слоѣ жидкости поверхъ осадка. Затѣмъ взболтайте

часть осадка съ равной частью раствора кали, и если этотъ осадокъ гной, то получится плотная камедистая масса. Если осадокъ болѣе или менѣе прозраченъ, вязокъ, тягучъ, содержитъ маленькіе пузырьки воздуха, и не смѣшивается съ мочею, то это вѣроятно слизь; или слизь съ гноемъ; моча вообще щелочная. Если-же моча кисла, то такой осадокъ навѣрно слизь. Только въ щелочной мочѣ гной образуетъ мутный, вязкій осадокъ. Этотъ осадокъ можетъ быть мутенъ отъ присутствія въ немъ фосфатовъ; въ такомъ случаѣ одна или двѣ капли азотной кислоты растворяютъ *ихъ и дѣлаютъ осадокъ* сравнительно свѣтлымъ. Всѣ эти вопросы гораздо легче рѣшаются микроскопомъ, въ особенности если количество осадка невелико.

Гнойная жидкость содержитъ бѣлокъ, слизистая — нѣтъ. Уксусная кислота не оказываетъ замѣтнаго вліянія на смѣсь гноя и мочи. Если-же прибавить ее къ мочѣ, содержащей слизь, то получается плавающая въ жидкости изогнутая въ складки перепонка, очень характеристическаго вида.

6. *При изслѣдованіи осадковъ подъ микроскопомъ*, разъясняются вполнѣ тѣ сомнѣнія, какія могли еще остаться. Съ объективомъ 1/4 дюйма, элементы наиболѣе обыкновенныхъ осадковъ представляются въ такомъ видѣ:

Мочевая кислота (фиг. 1). Первоначальная форма—ромбы; но встрѣчается много видоизмѣненій этой основной формы (аа), всего чаще ромбы съ усѣченными тупыми углами. Очень часто встрѣчаются ромбоидальныя призмы, измѣнчиваго объема и толщины. Цвѣтъ, обыкновенно блѣдной амбры; однакожъ оттѣнки его могутъ измѣняться отъ соломенно-желтаго до насыщеннаго, оранжево-краснаго. Иногда встрѣчаются массы неопредѣленнаго вида, состоящія изъ скученныхъ призматическихъ кристаловъ (bb); это и есть тотъ осадокъ, какъ «красный песокъ», и «кайенскій перецъ», который виденъ простымъ глазомъ.

Мочекислый натръ обыкновенно является какъ темный, безформенный осадокъ, который при сильномъ увеличеніи оказывается состоящимъ изъ маленькихъ частичекъ, болѣе или менѣе связанныхъ между собою въ нити и кучки (фиг. 2, аа). Это, можетъ быть, самый частый изъ мочевыхъ осадковъ. Рѣдко онъ принимаетъ форму маленькихъ, непрозрачныхъ шаровъ красноватаго, или красновато-желтаго цвѣта, съ выдающимися шипами, или безъ нихъ; эти послѣдніе состоятъ, повидимому, изъ

мочевой кислоты (b). Рѣдко встрѣчаются маленькія круглыя тѣла съ неправильно-выпуклой поверхностью (c).

Фосфорнокислая амміакъ-магнезія, средній тройной фосфатъ (фиг. 3) имѣетъ форму безцвѣтныхъ, прозрачныхъ, трехъ-сторонних призмъ, обыкновенно значительной величины; они легко узнаются. Концы кристалловъ представляютъ большое разнообразіе относительно формы и числа фасетокъ.

Иногда встрѣчается звѣдчатая форма, какъ собраніе многихъ маленькихъ призмъ, или розетки, въ которыхъ кристаллы игольчатой формы и очень многочисленны. Очень рѣдко средній тройной-фосфатъ, является въ дву-перистыхъ красталлахъ.

Основной тройной фосфатъ является въ листовидныхъ и звѣздчатыхъ кристаллахъ, въ старой, сильно-щелочной мочѣ, и никогда не встрѣчается въ кислой. Повидимому, это послѣдовательное образованіе, являющееся въ мочѣ послѣ того, какъ она выпущена, и очень часто развивающееся изъ существующихъ уже призматическихъ кристалловъ средняго фосфата, путемъ постояннаго измѣненія ихъ. Сначала призматическіе кристаллы разсщепляются на своихъ верхушкахъ, затѣмъ появляются, вблизи центра, расходясь къ угламъ, слабые намеки на листовое расположеніе; постепенно развиваются 4 вѣтви, въ формѣ креста, а угловое очертаніе первоначальнаго кристалла исчезаетъ. Впослѣдствіи часто прибавляются 2 новыя вѣтви, и такимъ образомъ получается форма съ 6 вѣтвями; *a*, *a*, *a*, означаетъ эти кристаллы въ разныхъ стадіяхъ развитія; они были срисованы съ двухъ порцій мочи, чрезъ извѣстные промежутки, въ теченіи 9 дней.

Фосфорнокислая известь встрѣчается иногда въ формѣ перепонки на поверхности щелочной мочи, но обыкновенно представляется въ видѣ маленькихъ зернышекъ; она часто отлагается вмѣстѣ съ кристаллами средняго тройнаго-фосфата, соединенная съ ними, или лежащая свободно въ полѣ микроскопа. (фиг. 3. b.).

Щавелевокислыя соли (щавелевокислая известь). Обыкновенно въ рѣзко выраженной октаедрической формѣ, безцвѣтные, прозрачные кристаллы всевозможной величины, иногда очень маленькіе. (фиг. Рис. 2, d.) Оченьрѣдко кристаллы представляются въ додекаедрической формѣ (e). Иногда этотъ осадокъ замѣняется, либо сопровождается маленькими кристаллическими тѣлами такой формы,

какая показана подъ буквою f. Эта форма рѣдка, сравнительно съ октаедрической. Вѣроятно такіе кристаллы образуются не оксалатомъ, а оксалуратомъ извести, солью весьма близкой къ оксалату.

Красные кровяные шарики (фиг. 5 a), маленькіе плоскіе кружки, слабаго желтоватаго цвѣта, гладкіе, полу-прозрачные. не зернистые, слегка вогнутые съ обѣихъ сторонъ, но въ мочѣ низкаго удѣльнаго вѣса раздутые, почти сферическіе, вслѣдствіе эндосмоза; иногда изогнутые, съ зубчатыми краями (bb). Поперечникъ около $^1/_{3500}$ дюйма въ натуральномъ, плоскомъ состояніи, а въ раздутомъ мочею нѣсколько меньше. Въ красномъ шарикѣ нѣтъ ядро. Бѣлый кравяный шарикъ отъ $^1/_{3000}$ до $^1/_{2000}$ дюйма въ поперечникѣ; при прибавленіи уксусной кислоты въ немъ показывается ядро, раздѣленное на 3 части.

Гнойныя тѣла (рис. 4 a,a) измѣнчивой величины, обыкновенно больше, чѣмъ кровяные шарики, отъ $^1/_{3000}$ до $^1/_{2000}$ дюйма въ поперечникѣ, бѣлые, болѣе мутные, съ зернистыми очертаніями, съ 2 или 3, иногда 4 ядрами, часто слабо видимыми, но при прибавленіи уксусной кислоты (b,b) дѣлающимися болѣе ясными.

Слизь не содержитъ никакакихъ специфическихъ тѣлецъ; встрѣчаемыя въ ней тѣла суть по всей вѣроятности гнойныя тѣла, съ которыми она всего чаще бываетъ смѣшана.

Эксудативныя пластическія тѣльца; присутствіе ихъ указываетъ на воспалительный процессъ въ какомъ либо отдѣлѣ мочевыхъ путей. Это большія клѣточки отъ $^1/_{1500}$ до $^1/_{1000}$ дюйма въ діаметрѣ, полныя зернышекъ, съ большими ясными ядрами, или безъ нихъ. Они встрѣчаются въ мочѣ при воспаленіи мочеваго пузыря и при хроническихъ органическихъ разстройствахъ почекъ. (рис. 5, c,c.).

Эпителій изъ различныхъ отдѣловъ мочевыхъ путей, плоскій и сферическій (рис. 5. d) изъ мочеваго канала, цилиндрическій (e) изъ пузыря.

Цилиндры изъ мочевыхъ канальцевъ почки (рис. 6). При остромъ воспаленіи почки всегда выдѣляются эпителіальные цилиндры, въ большомѣ количествѣ; въ нихъ часто бываютъ заключены кровяные шарики. Въ хроническомъ воспаленіи почекъ характеръ цилиндра болѣе зернистый, съ меньшимъ числомъ эпителіальныхъ клѣтокъ. При жировомъ перерожденіи почекъ въ цилиндрахъ содержатся шарики жира. Полу-прозрачные ци-

линдры, содержащіе мало, или совсѣмъ безъ организованныхъ тѣлъ, извѣстные подъ именемъ гіалиновыхъ цилиндровъ, являются при хроническихъ болѣзняхъ почекъ. Безъ сомнѣнія, отдѣльные цилиндры могутъ встрѣчаться случайно, при отсутствіи страданія почекъ; но если появленіе ихъ постоянно, то навѣрно имѣется какое либо органическое измѣненіе почки, острое или хроническое.

Сѣмянныя нити нерѣдко встрѣчаются въ мочѣ совершенно здоровыхъ людей. Только въ томъ случаѣ, если присутствіе ихъ постоянно, явленіе это должно быть отнесено къ болѣзни.

Грибы показываются въ мочѣ очень скоро послѣ того, какъ она была выпущена, при извѣстныхъ условіяхъ. Въ кислой мочѣ появляется penicillium glaucum; въ діабетической мочѣ, torula cerevisiae.

Вибріоны появляются въ мочѣ очень скоро послѣ ея выпущенія, особенно въ жаркое время. Подъ этимъ именемъ мы подразумѣваемъ какъ растительные, такъ и животные организмы, одаренные произвольными движеніями. Иногда они существуютъ въ мочѣ уже до того, какъ она оставляетъ пузырь.

КОНЕЦЪ.

Рис. 1.

Рис. 4.

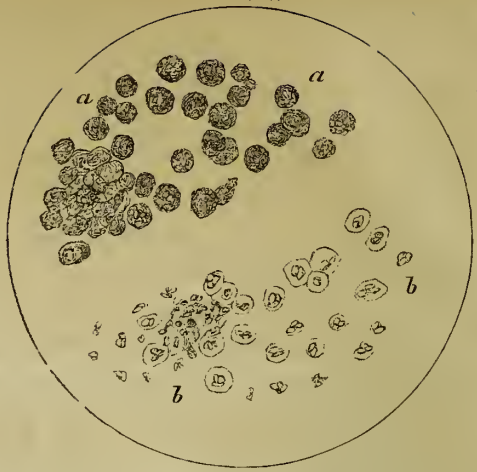


Рис. 2.

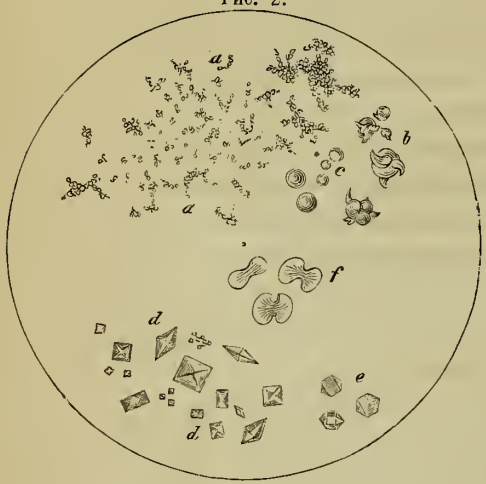


Рис. 5.

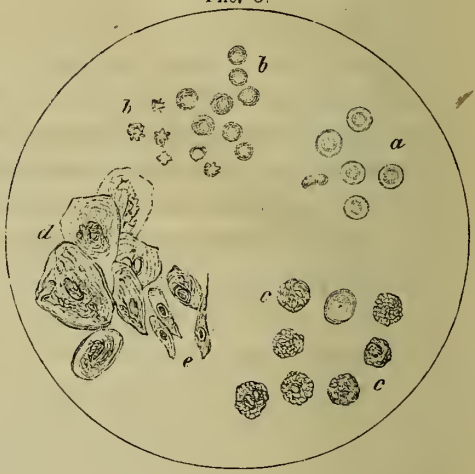
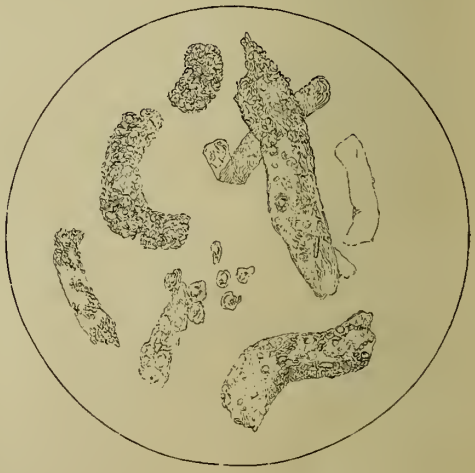


Рис. 3.

Рис. 6.



Объясненіе рисунковъ, изображающихъ различныя составныя части мочи, видимыя при помощи микроскопа.

Рис. 1. Кристаллы мочевой кислоты; a,a отдѣльные; b,b,b собранные въ группы.

Рис. 2. a,a Зерна мочекислаго натра; b,c болѣе рѣдкія формы этой соли d,d, кристаллы щавелело-кислой извести въ ихъ обычной октгадрической формѣ; e въ рѣдкой додекаедрической формѣ; f оксалуратъ извести.

Рис. 3. Кристаллы средняго амміакъ-магнезія фосфата; a,a,a, кристаллы; основнаго фосфата въ разные стадіи ихъ развитія; b, зерна фосфата извести.

Рис. 4. a,a Гнойныя тѣльца; b,b они же, послѣ прибавленія уксусной кислоты.

Рис. 5. a,a,- Красные кровяные шарики; b,b, они же измѣненные. сферическіе, съ зубчатыми краями; c,c, эксудативныя тѣла; эпителей изъ мочеваго канала d; епителій изъ мочеваго пузыря e.

Рис. 6. Цилиндры изъ мочевыхъ каналовъ почекъ.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY

ВАЖНѢЙШІЯ ОПЕЧАТКИ.

Стран.	Строка.	Напечатано.	Слѣдуетъ читать.
8	17 сверху	тероховатая	шероховатая
10	1 снизу	въ концѣ послѣдней лекціи	въ концѣ XVII лекціи
18	11 снизу	Но дѣйствительно	Но въ дѣйствительности
22	4 снизу	(градически)	(графически)
—	6 снизу	представляя	представленъ
—	2 сверху	остановленъ	остановится
31	5 сверху	тринадцать	тридцать
42	2 снизу	многочисленными	многими
—	5 снизу	узкимъ	значительнымъ
197	2 снизу	чистой мочевой кислоты	мочекислыхъ соединеній
245	9 снизу	изъ 7 унцій на 1/2 унц. воды	изъ 1/2 унціи на 7 унц. воды
250	9 сверху	ofthe Prostate. 4 Ec. dit.	of the Prostate. 4 Edit.

O.H.M.

The Marquis Cornwallis

Robert Antrobus of Pelmbury

Com. Foreign Office